NNT/NL : 0000AIXM0000/000ED000

THÈSE DE DOCTORAT

Soutenue à Aix-Marseille Université
le 28 mars 2023 par

Alexandre Daguzan

Processus et enjeux psychosociaux associés au développement de l'empowerment.

Investigation et intervention en contexte de précarité en France dans le champ de la promotion de la santé.

Discipline
Psychologie

École doctorale
ED356, Cognition, Langage, Education

Laboratoire/Partenaires de recherche
UR 849, LPS Laboratoire de Psychologie Sociale

Composition du jury

Eric BRETON Rapporteur
Ecole des Hautes Etudes en Santé publique, Rennes

Thomas SAÏAS Rapporteur
Université du Québec, Montréal

Michèle KOLECK Examinatrice
Université de Bordeaux

Florence SORDES-ADER Présidente du jury
Université Toulouse II - Jean Jaurès

Thémis APOSTOLIDIS Directeur de thèse
Aix-Marseille Université

Marie-Claude LAGOUANELLE-SIMEONI
Aix-Marseille Université Co-directrice de thèse

21 juin 2023

Affidavit

Je soussigné, Alexandre Daguzan, déclare par la présente que le travail présenté dans ce manuscrit est mon propre travail, réalisé sous la direction scientifique de Thémis Apostolidis et Marie-Claude Lagouanelle, dans le respect des principes d'honnêteté, d'intégrité et de responsabilité inhérents à la mission de recherche. Les travaux de recherche et la rédaction de ce manuscrit ont été réalisés dans le respect à la fois de la charte nationale de déontologie des métiers de la recherche et de la charte d'Aix-Marseille Université relative à la lutte contre le plagiat.

Ce travail n'a pas été précédemment soumis en France ou à l'étranger dans une version identique ou similaire à un organisme examinateur.

Fait à Marseille le 19-09-2022



Liste de publications et participation aux conférences

1) Liste des publications réalisées en lien avec le projet de thèse :

Dolcerocca, M-A. & Daguzan, A. (2023). L'expérience de la maladie chronique et processus de biographisation : l'éducation thérapeutique comme espace relationnel d'un entre-deux identitaire. *Phronesis* [Accepté - A paraître]

Daguzan, A., Magnani, C., Kaszuba, L., & Farnarier, C. (2022). Sans-abris à Marseille : ce que les chiffres révèlent. L'essentiel du recensement 2019. *Ville de Marseille ; Hôpital Européen de Marseille ; ARS PACA ; Direction Départementale de l'Emploi, du Travail et de Solidarité.* https://www.bouches-du-Rhone.gouv.fr/contenu/telechargement/46456/26 4458/file/Recensement_ASSAb_2019_Diffusion% 20Janvier%202022.pdf

Laporte, R., Babe, P., Jouve, E., Daguzan, A., Mazoue, F., Minodier, P., Noel, G., Urbina, D., Gentile S. (2022). Daily tackling Health Inequalities : French Child Individual-Level Deprivation Index development and validation. *International Journal of Environmental Research and Public Health. 19*(24), 16949.

Tardy, A., Daguzan, A., Garès, A., Lesieur, A., Le Barbenchon, E., Sambuc, R., Apostolidis, T & Lagouanelle-Simeoni, M. C. (2022). Transférabilité et fonctions-clés d'un programme de développement des compétences psychosociales en milieu scolaire : le PROgramme de Développement Affectif et Social (PRODAS). *Devenir*, *34*(3), 301-323.

Tardy, A., Roth, B., Daguzan, A., Sambuc, R., & Lagouanelle-Simeoni, M. C. (2022). Effets d'un programme de développement des compétences psychosociales en milieu scolaire : Le PROgramme de Développement Affectif et Social (PRODAS) : Revue de la littérature. *Global Health Promotion*, *29*(1), 119-129.

Grenier, C., Daguzan, A., & Chaussignand, C. (2021). Lutter contre les inégalités sociales de santé. Accompagner et faire circuler les actions prometteuses en promotion de la santé. La démarche initiée en Provence-Alpes-Côte d'Azur. Dans Basson, J. C., Haschar-Noé, N., & Marquis, C., *La fabrique des inégalités sociales de santé* (p. 46-51). Presses de l'Université Toulouse 1 Capitole.

Mettler, C., Daguzan, A., Lagouanelle, M. C., Briantais, A., Ducros, P., Laborde, S., Ebbo, M. (2021). Attentes en éducation thérapeutique des patients atteints de purpura thrombopénique immunologique et des soignants. *La Revue de Médecine Interne*, *42*(1), 3-10.

Roth, B., Jouve, E., Daguzan, A., Richardson, A., Sambuc, R., Bernard, O., & Lagouanelle-Simeoni, M. C. (2021). Descriptive study of young disabled children aged 2–6, enrolled in

mainstream schools, and benefiting from special needs assistants in the Bouches-du-Rhône in 2014. *Archives de Pédiatrie*, *28*(1), 39-46.

Daguzan, A., Fonte, D., Lagouanelle, M-C., Lamouroux, A., Pezé, V. (2017). Éducation thérapeutique du patient : quand la compétence fait loi (ou presque). *Priorités Santé* - n°50 Sept. Oct. Nov. Déc. 2017.

Grenier, C., Coruble, G., Apostolidis, T., Daguzan, A., Darmon, N. N., Rym, I., Jaffre, Y., Lampropoulos, D., Manzour, Z., Passel, S., Perez, S., & Sambuc, R. (2017). Intervenir pour réduire les inégalités sociales de santé : des espaces favorables pour expérimenter, pérenniser et diffuser l'intervention – Guide IVRISS d'accompagnement méthodologique.

2) Participation aux conférences et écoles d'été au cours de la période de thèse :

11ème Congrès francophone de psychologie de la santé AFPSA en juillet 2021 & 7ème séminaire doctoral inter-laboratoires (SIL) en juin 2019. *Analyse du développement de l'empowerment dans une recherche-action visant à promouvoir la santé des résidents des centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) à Marseille.*

Colloque organisé par la Collectivité de Corse en septembre et novembre 2021. Les compétences psychosociales à tous les âges de la vie. *« Santé et citoyenneté en direction des résidents des centres d'hébergement et de réinsertion sociale de Marseille : comment comprendre le processus de développement de l'empowerment et le développement des compétences psychosociales ? ».*

1er Symposium International « La fabrique des inégalités sociales de santé passée au crible de toutes les sciences sociales » de l'Institut Fédératif d'Etudes et de Recherches Interdisciplinaires Santé Société en novembre 2020. *Accompagner et faire circuler les « actions prometteuses » en promotion de la santé : la démarche initiée en région Provence Alpes-Côte d'Azur.* [FAB.ISS] Session #2 Lutter contre la fabrique des inégalités sociales de santé - Institut Fédératif d'Études et de Recherches Interdisciplinaires Santé Société - Vidéo - Canal-U

10ème Congrès francophone de psychologie de la santé AFPSA & 6ème séminaire doctoral inter-laboratoires (SIL) en juin 2018. *Les processus psychologiques et sociaux en jeu dans les interventions et les pratiques visant le développement de l'empowerment : une revue de littérature.*

3) Communications orales antérieures en lien avec le projet de thèse :

- Communications orales antérieures lors de différents congrès, colloques ou séminaires sur l'évaluation de programmes ou d'actions visant à réduire les inégalités sociales de santé

- ✓ Congrès pluri-thématique de la Société Française de Santé Publique en novembre 2015 : *Les déterminants sociaux de la santé*.
- ✓ Séminaire d'échanges entre acteurs *Partageons nos expériences pour agir sur les inégalités sociales de santé* organisé en mars 2015 par la Société Française de Santé Publique.
- ✓ Journée régionale de la prévention du CRES Paca en décembre 2014, *Des actions probantes, innovantes, transférables*.
- ✓ Conférence du Centre de Recherche CREPIS en 2013, *Quand citoyens et experts participent ensemble à éclairer les décisions*.
- ✓ Colloque International *Dynamiques Urbaines & Enjeux Sanitaires* en 2013 initié par le Conseil International pour la science et le Laboratoire Espace, Santé et Territoires de l'Université Paris Ouest en partenariat avec l'INPES.
- ✓ Séminaires du 28 juin 2012 et du 3 juin 2013 organisé par l'ARS Paca, *Inégalités sociales de santé : des recherches à l'action.*
- ✓ Congrès de la Société Française de Santé Publique en 2011, *Les expertises en Santé Publique.*

Résumé

L'empowerment est une notion à la mode, notamment pour permettre aux personnes défavorisées de sortir de l'impuissance acquise et du poids de leurs conditions d'existence précaires. L'objectif de ce travail doctoral est de proposer une compréhension du processus d'empowerment en contexte de précarité et de rendre compte des logiques psychologiques et sociales qui président à son développement. L'ensemble des données empiriques recueillies l'ont été au travers d'une revue de la littérature sur les interventions et pratiques centrées sur le processus d'empowerment en contexte de précarité, puis au sein de deux démarches évaluatives en promotion de la santé en France, à Marseille, auprès de publics pris dans des trajectoires de précarité ou appartenant à des zones défavorisées. L'analyse des résultats a permis de penser dix-sept éléments pour éclairer le processus d'empowerment : reconnaître les souffrances psychosociales et les conditions d'existence des personnes, développer l'intersubjectivité et le partage de ressources par les échanges en petits groupes de pairs, accompagner la réflexion collective et l'émergence d'une demande collective, permettre aux différents acteurs de s'approprier le processus participatif par l'expérience de relations d'interdépendance, faire communauté par la croyance des personnes à agir ensemble. L'ensemble de ces éléments sont autant de points d'ancrage pour de nouvelles pratiques d'empowerment en France qui se centrent sur différents niveaux d'analyse et se pensent dans le social et par le relationnel, délaissant une idéologie psychologisante où l'empowerment se dissout dans une nouvelle injonction normative individualisante et aliénante.

Mots clés : empowerment, processus, précarité, démarche compréhensive, intersubjectivité, niveaux d'analyse, interventions.

Abstract

Empowerment is a popular notion, particularly as a means of enabling disadvantaged people to escape from their powerlessness and the weight of their precarious living conditions. The objective of this doctoral work is to propose an understanding of the empowerment process in a context of precariousness and to report for the psychological and social logics that preside over its development. Empirical data were collected through a literature review on interventions and practices centered on the empowerment process in the context of precariousness, and then collected within two evaluative approaches in health promotion in France, in Marseilles, with publics caught in trajectories of precariousness or belonging to disadvantaged areas. The results revealed seventeen elements that shed light on the empowerment process: recognizing people's psychosocial suffering and living conditions, developing intersubjectivity and resource-sharing through exchanges in small peer groups, supporting collective reflection and the emergence of a collective demand, enabling the various players to take ownership of the participatory process through the experience of interdependent relationships, building community through people's belief in acting together. All of these elements are anchor points for new empowerment practices in France that focus on different levels of analysis and think in terms of the social and relational, abandoning a psychologizing ideology in which empowerment is dissolved into a new individualizing and alienating normative injunction.

Keywords : empowerment, process, precariousness, comprehensive approach, intersubjectivity, levels of analysis, interventions.

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier avec beaucoup de gratitude mes directeurs de thèse, mon parrain de thèse, et ma cheffe de service. Professeur Thémis Apostolidis, directeur de cette longue aventure de thèse, merci d'avoir dès mon Master 1 (en 2006 !) cru en mes capacités à m'engager dans un travail doctoral, et d'avoir10 ans plus tard accepté sans la moindre hésitation de m'accompagner dans cette aventure. À Marie-Claude Lagouanelle Siménoni, MCF co-directrice de ce travail, mais aussi partenaire quotidien de travail sur de multiples investigations professionnelles et intellectuelles. Je mesure chaque jour la chance de pouvoir bénéficier de sa confiance, de son expertise, et d'avoir pu m'appuyer sur son soutien sans faille au cours de ces six longues années de thèse. Au Pr Roland Sambuc, ancien chef du Pôle de santé publique de l'AP-HM, qui a fait beaucoup pour que mon cheminement en santé publique perdure, et qui a toujours eu la volonté farouche que ce travail de thèse fasse jour. Je remercie la Professeure Stéphanie Gentile, cheffe du Service d'évaluation médicale auquel j'appartiens, qui a toujours laissé une grande autonomie et chance dans mes multiples investissements professionnels et académiques, il est rare de pouvoir avoir une telle confiance sur la durée.

Je remercie chaleureusement les différents membres du Jury d'avoir rendu cette soutenance de thèse si intéressante, nourrissante et gratifiante. Professeure Florence Sordes-Ader, de l'Université Toulouse II - Jean Jaurès, j'ai eu l'honneur d'être le premier doctorant dont vous présidiez la soutenance avec bienveillance. Professeur Éric Breton de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé publique à Rennes, et Professeur Thomas Saïs de l'Université Québec à Montréal, merci infiniment d'avoir accepté avec intérêt d'évaluer ce travail et de l'ensemble de vos retours enrichissants. Merci enfin à Michèle Koleck de l'Université de Bordeaux pour l'avoir lu avec une attention sincère et vos conseils avisés.

Merci à toutes celles et ceux qui ont contribué à initier les prémisses de mes intérêts de recherche autour de l'empowerment en contexte de précarité et dont les collaborations professionnelles et universitaires ont été aussi riches que captivantes : Alexandra, Alice, Alix, Audrey, Aurélie, Aurore, Brimbelle, Carlotta, Carolina, Catherine, Cécile, Chloé, Clara, Corinne, Cyril, David, Delphine, Dimitris, Elise, Emmanuelle, Fabrice, Farid, Florence, Franck, Frédérique, Hubert, Juliette, Lucie, Maeva, Marc, Marie, Marjorie, Mathieu, Mathilde, Muriel, Nathalie, Noura, Patricia, Remy, Riwan, Sébastien, Solveig, Vanessa (liste non exhaustive).

Je remercie l'ensemble des personnes du Laboratoire de Psychologie Sociale qui ont façonné ma pensée et mes pratiques tout au long de ces nombreuses années, professeurs et professeures, maître de conférences, doctorants, intervenants et étudiants du Master de Psychologie Sociale de la Santé, toutes celles et ceux que j'ai accueillis en stage ou supervisés. Vous n'avez cessé de nourrir une curiosité sans faille pour la psychologie sociale, la psychologie de la santé, et plus largement les sciences humaines et sociales, la

santé publique, et toutes les questions qui se posent plus particulièrement lorsque pratique et recherche sont intimement liées au quotidien.

J'ai eu la chance de travailler avec de nombreuses institutions, organisations et associations avec lesquelles des perspectives de réels changements sociaux ont pu être poursuivis et continuent à l'être par le travail ascendant et intersectoriel : l'Agence régionale de santé PACA (Département Prévention – Promotion de la santé), la Ville de Marseille (Direction de la Santé Publique et de l'Inclusion), le Conseil départemental des Bouches-du-Rhône (Direction de la protection maternelle et infantile et de la santé publique), la Direction Départementale de la Cohésion Sociale des Bouches-du-Rhône, La Caisse Primaire d'Assurance Maladie, l'Education nationale, la Politique de la Ville, Les Ateliers Santé Ville, l'Observatoire régional de la Santé PACA, les nombreux centres sociaux et les nombreuses associations qui assurent un ancrage avec la réalité, notamment le Planning Familial 13, le Réseau Santé Marseille Sud, Le Centre social et le CIQ de la Belle de Mai, L'Université du Citoyen, JUST (Justice et Union pour la Transformation Sociale), la Société Française de Santé Publique (liste non exhaustive une nouvelle fois). Une pensée toute particulière à Mohammed Ahamada qui nous a quittés tristement beaucoup trop tôt et pour qui mes pensées les plus sincères vont à toute sa famille.

Une pensée toute particulière à tout mon Service d'Evaluation Médicale avec qui je partage moult aventures hospitalières et en santé publique depuis plus de 15 ans maintenant, ainsi qu'à tous les proches acteurs de l'AP-HM avec qui j'ai la chance d'avoir travaillé et collaboré durant ces nombreuses années, et qui s'investissent pleinement dans le développement de l'éducation thérapeutique du patient, ou dans l'accès aux droits et aux soins des publics les plus démunis. Merci aussi à ma clé USB d'avoir déraillé avec toute la thèse à l'intérieur au moment de sa finalisation, c'était une formidable expérience de perte (et merci surtout à Gilbert, Veronica et Antoine de l'avoir ressuscité).

Merci à tous les mots, les attentions, les encouragements et le soutien sans faille hautement précieux de ma famille, de mes amis, amies et de toutes celles et ceux qui ont partagé de très près mes déboires, mes anxiétés, mon travail acharné : ils m'ont permis d'y croire, de ne pas renoncer, de toujours persévérer même si cela a enlevé de nombreux moments à partager. Sans certaines présences et patiences je n'en serais pas là aujourd'hui.

Table des matières

Affidavit 3
Liste de publications et participation aux conférences 5
Résumé 9
Abstract 10
Remerciements 11

Introduction 19
Partie 1. Eléments théoriques 21
Chapitre 1. L'empowerment 21
1. Genèse de la notion 21
1.1. Historique : émergences et évolution de la notion d'empowerment 21
1.2. Une diversité de domaines et de disciplines 23
1.3. Les ancrages idéologiques au fil du temps 24
2. Appréhender l'empowerment 28
2.1. Une pluralité de significations qui n'entravent pas son intérêt 28
2.2. Eléments de définition 30
2.3. Le développement de ressources internes et externes 34
3. Les différents types et niveaux d'empowerment 36
3.1. Empowerment individuel 36
3.2. Empowerment collectif 39
3.3. Un concept/une approche multiniveaux 41
4. Empowerment et participation 45
4.1. Participation et engagement communautaire 45
4.2. La communauté et son développement 47
4.3. Les pratiques participatives à l'international et en France 51
5. Le processus d'empowerment, les éléments et les cadres de son développement 54
5.1. L'empowerment en tant qu'approche et processus 54
5.2. Les éléments du processus d'empowerment 56
5.3. Les cadres participatifs et communautaires habilitants 58

Chapitre 2. Les aspects psychosociaux des situations de précarité 61
1. Définir la précarité 61
1.1. Un concept multidimensionnel 61
1.2. Une diversité de situations vécues comme instables et incertaines 63
1.3. La précarité comme processus 66
2. Dimensions objectives et subjectives de la précarité 70
2.1. Dimensions objectives des situations de précarité 70
2.2. Dimensions et dynamiques subjectives dans le vécu des situations de précarité 73
3. Aspects psychosociaux et désubjectivation 76
3.1. Les aspects psychologiques et sociaux liés à l'expérience de la précarité 76
3.2. Un phénomène de désubjectivation 79
4. Penser et panser les processus de précarisation au travers de l'empowerment 83
4.1. Penser les processus de précarisation par une approche individualisante de l'empowerment 83
4.2. Panser les processus de précarisation par une approche relationnelle de l'empowerment 86

Partie 2. Problématique et méthodologie de la recherche 89
Chapitre 1. Problématique de la recherche 89
1. L'empowerment : un flou et une richesse sur le plan conceptuel qui ne facilite pas son applicabilité 89
2. Comprendre et modéliser le développement du processus d'empowerment : état des connaissances actuelles 91
3. Un concept dynamique et sensible aux contextes 97
4. Objectifs et opérations de recherche du travail de thèse 100
Chapitre 2. Méthodologie de la recherche 105
1. La nécessité d'une démarche de recherche holistique 105
2. L'intérêt de travaux empiriques et contextualisés aux situations de précarité vécues 106
3. Comprendre et modéliser le développement du processus d'empowerment en contexte de précarité 109

Partie 3. La compréhension du processus d'empowerment en contexte de précarité 117
Chapitre 1. Revue de la littérature sur le processus d'empowerment 117
1. Objectifs de l'étude 117
2. Méthode 120
2.1. Sélection des articles 120
2.2. Analyse des articles 121

3. Résultats 124
3.1. Éléments descriptifs généraux 124
3.2. Les interventions centrées sur le niveau interindividuel 131
3.3. Les interventions s'appuyant sur le groupe 133
3.4. Les interventions qui investissent la communauté 138
3.5. Les interventions combinant plusieurs niveaux de développement de l'empowerment ... 148
3.6. Les différentes séquences et éléments du processus d'empowerment 165
3.7. Les résultats associés au processus d'empowerment 169
4. Discussion 172
4.1. Les étapes du processus d'empowerment en contexte de précarité 172
4.2. Entrée dans le processus : créer des espaces d'échanges sécurisant et reconnaitre le vécu et les priorités 175
4.3. Partager les expériences, s'appuyer sur les forces des personnes et favoriser la conscientisation 184
4.4. Créer des relations de soutien social, des possibilités d'apprentissage et l'exercice de nouveaux rôles 188
4.5. Développement de liens et développement communautaire 194
4.6. Créer de nouvelles possibilités et transformer les cadres professionnels et organisationnels 198
4.7. Freins contextuels et structurels au développement de l'empowerment 204

Chapitre 2. Evaluation d'une démarche de santé communautaire : le programme *« La santé à Saint-Mauront Belle-de-Mai on s'y met tous »* 207
1. Description de l'intervention 207
2. Objectifs de l'étude 214
3. Méthode 215
3.1. La collecte de données 215
3.2. L'analyse des données 220
4. Résultats 221
4.1. Mise en œuvre de la démarche communautaire 221
4.2. La pérennisation de la démarche communautaire sur les deux quartiers 246
4.3. Les principaux facteurs identifiés influençant la dynamique communautaire 257
4.4. Difficultés et risques identifiés dans la pérennisation de la démarche communautaire ... 259
4.5. L'expérience de la démarche communautaire pour les acteurs : construction de sens et définition de rôles 263

5. Discussion 275

5.1. L'entrée dans le processus d'empowerment par les espaces d'échanges triparties 275

5.2. Le processus participatif de la démarche communautaire 279

5.3. Le développement de l'empowerment communautaire autour du conseil de citoyens et du réseau de santé communautaire 285

5.4. Empowerment organisationnel, régulations, et pérennisation de la démarche communautaire 291

Chapitre 3. Etude de cas multiple sur quatre CHRS à Marseille 297

1. Description de l'intervention 297

2. Objectifs de l'étude 299

3. Méthode 300

3.1. La collecte de données 300

3.2. L'analyse des données 301

4. Résultats 303

4.1. Le contexte : des publics marqués par l'inactivité et l'isolement social 303

4.2. Les différentes séquences du processus participatif dans les ateliers 304

4.3. La dynamique du processus participatif et d'empowerment 314

5. Discussion 318

5.1. L'entrée dans le processus d'empowerment 318

5.2. Perception de nouvelles possibilités 320

5.3. Conscientisation et participation communautaire 324

5.4. Appropriation de la démarche participative par les professionnels des CHRS 328

6. Théorisation du processus d'empowerment en œuvre dans les ateliers « Santé Citoyenneté »333

6.1. Représentations de la participation et paradigmes professionnels 334

6.2. Dialogicité avec soi et construction d'une demande collective 335

6.3. La théorie du champ 338

6.4. Dynamique d'intersubjectivité : partage de vécu et identification 339

6.5. Un processus interactionnel pour un pouvoir relationnel 341

6.6. Croyance dans les capacités des résidents et empowerment collectif 343

6.7. Mécanismes d'émancipation/libération face à l'exclusion 344

6.8. Appartenance au groupe et resubjectivation 346

6.9. Changement de paradigmes d'action et empowerment organisationnel 347

Discussion générale et conclusion 351
Synthèse des résultats 351
Limites 363
Contributions et perspectives du travail de thèse 371
Rompre avec les approches asymétriques 371
Des approches collectives désindividualisantes en psychologie, en promotion de santé, et dans le travail social 375
Quelques repères pour développer l'empowerment en France 380
Conclusion 395

Bibliographie 397
Index des tableaux 423
Index des figures 424
Notes 425
Annexes 427
Annexe 1 – Tableau descriptif détallé des références de la revue de la littérature 428
Annexe 2 – Tableau des interventions, résultats et éléments de processus issus de la revue de la littérature 437
Annexe 3 – Guide d'entretien semi-directif pour l'évaluation de la dynamique communautaire et partenariale du programme « La santé à Saint-Mauront Belle-de-Mai on s'y met tous » 457
Annexe 4 – Guides des focus group pour l'évaluation de la dynamique communautaire et intersectorielle du programme « La santé à Saint-Mauront Belle-de-Mai on s'y met tous » 460
Annexe 5 –Document de présentation du conseil de citoyens 469
Annexe 6 – Présentation des résultats du questionnaire sur la dynamique partenariale 470
Annexe 7 – Bilan 2009-2010 des activités de la démarche de santé communautaire 474
Annexe 8 – Ensemble des éléments de diagnostics synthétisés au sein de la démarche communautaire du programme « La santé à Saint-Mauront Belle-de-Mai on s'y met tous » ... 480
Annexe 9 – Présentation de l'action « Santé et Citoyenneté en direction des résidents des centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) 494
Annexe 10 – Etapes et éléments du processus participatif à l'issue de la phase d'immersion au sein de l'action « santé et citoyenneté en direction des résidents des centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) » 499

Introduction

Au sein des contextes de précarité où s'accumulent de nombreuses vulnérabilités et inégalités sociales, intériorisées par les individus qui s'attribuent la responsabilité de leurs conditions d'existence défavorables, l'empowerment se présente comme une approche globale séduisante qui prône l'émancipation de conditions de vie aliénantes (Jouve, 2006 ; Le Bossé, 2003). Le concept revêt en effet un optimisme partagé par de nombreux domaines et disciplines, ainsi qu'un fort potentiel théorique autour d'une vision libératrice de l'impuissance, de la résignation et de l'isolement générés par des conditions d'existences précaires épuisantes et des rapports sociaux de domination aliénants (Israel et al., 1994 ; Kieffer, 1984 ; Le Bossé & Lavallée, 1993 ; Wallerstein, 2006 ; Zimmerman 1990). Pour autant, le périmètre de la notion reste flou, de telle sorte que l'empowerment peut rapidement être utilisé comme s'il était synonyme de développement de capacités d'adaptation, d'efficacité personnelle, ou d'estime de soi. Il n'existe pas aujourd'hui de consensus sur les modèles conceptuels et de pratiques qui permettent d'appréhender précisément les mécanismes qui sous-tendent le développement de l'empowerment en contexte de précarité. Sa portée multidimensionnelle nécessite pour les chercheurs de mieux circonscrire un cadre de pensée qui dépasse le niveau individuel d'analyse et s'intéresse à la dynamique relationnelle du processus d'empowerment.

L'objectif de ce travail doctoral, à l'articulation de la psychologie sociale, de la psychologie communautaire, et de la santé publique, est de proposer une compréhension du processus d'empowerment en contexte de précarité et de rendre compte des logiques psychologiques et sociales qui président à son développement. L'ensemble de la recherche s'est construit à

partir de connaissances empiriques recensées tout d'abord au travers d'une revue de la littérature sur les interventions et pratiques centrées sur le processus d'empowerment en contexte de précarité. Deux autres opérations de recherche ont permis d'analyser le processus d'empowerment au travers de deux études empiriques à Marseille, en France. L'évaluation du programme visant à réduire les inégalités de santé *« La santé à Saint-Mauront Belle-de-Mai : On s'y met tous ! »* analysait ainsi le développement d'une démarche communautaire pendant plusieurs années qui associait habitants, professionnels et institutions, et permettait de mieux comprendre comment les différents acteurs sont parvenus ensemble à construire et à s'investir dans un processus d'empowerment (Grenier et al., 2017 ; Maton & Salem, 1995 ; Saïas, 2009). La deuxième étude empirique sur le territoire marseillais s'est constituée au travers d'une étude de cas multiple sur quatre CHRS à Marseille qui évaluait le processus participatif de l'action *« Santé et Citoyenneté en direction des résidents des centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) »* et qui offrait l'opportunité d'une compréhension très fine de l'initialisation du processus d'empowerment au sein de cultures organisationnelles et professionnelles pourtant peu habilitantes en France (Carrel & Rosenberg 2014). La somme de ces travaux et connaissances empiriques doit permettre d'aider à mieux théoriser le concept d'empowerment et son opérationnalisation dans les champs de la promotion de la santé et des pratiques sociales (Maton et Salem, 1995 ; Zimmerman, 1995), et d'interroger comment les personnes en situation de précarité peuvent développer un pouvoir sur plusieurs niveaux d'analyse : individuel, interindividuel, communautaire et collectif, positionnel, organisationnel, institutionnel et politique, idéologique (Doise, 1980 ; Hur, 2006 ; Kleba et Wendausen, 2009).

Partie 1. Eléments théoriques

Chapitre 1. L'empowerment

1. Genèse de la notion

1.1. Historique : émergences et évolution de la notion d'empowerment

Le terme d'empowerment est abondamment utilisé depuis la fin des années 1970 et il séduit par la prise en compte des dimensions psychosociales, citoyennes et éthiques qu'il englobe (Kieffer, 1984). Le concept s'est en particulier développé à partir des années 60 aux Etats-Unis suite aux mouvements sociaux et politiques pour les droits civiques, les droits des femmes ou les droits des communautés minoritaires (Le Bossé, 2003 ; Bacqué & Biewener, 2013). La notion s'est notamment étendue en Inde (Batliwala, 2007) au travers de mouvements féministes, en Amérique Latine comme stratégie de mobilisation des groupes marginalisés pour favoriser une société plus équitable (Freire, 1974), et plus tardivement en Europe dans la lutte contre les inégalités sociales de santé, pour promouvoir la participation des patients aux politiques de santé, ou pour développer les capacités d'agir des patients (Cantelli, 2013). L'Organisation mondiale de la santé a introduit la notion d'empowerment dans la Charte d'Ottawa en 1986 et au sein de la déclaration de Jakarta en 1997 sur la promotion de la santé (Wallerstein, 2006).

Son importation en France dans les champs des pratiques sociales et de la promotion de la santé se situe dans les années 2000 avec des significations plurielles pour les professionnels.

Les approches visant l'empowerment oscillent entre le développement des capacités individuelles, une nouvelle stratégie de lutte contre les exclusions, et plus rarement comme un processus de transformation sociale pour réduire les inégalités (Carrel & Rosenberg, 2014 ; Dane, 2007 ; Aujoulat, 2007 ; Breton, 2016).

L'empowerment est rapidement devenu une notion à la mode, dans le langage des politiques sanitaires et sociales, attirant de nombreux fonds publics, et promettant le renouvellement de pratiques professionnelles (Lord & Hutchison, 1993 ; Le Bossé, 2003). Son ancrage, dès son origine, dans des valeurs d'égalité et de justice sociale en fait un terme qui séduit de nombreux domaines. Il promeut en effet une orientation résolument optimiste, l'émancipation individuelle et collective, et la lutte contre les inégalités et la pauvreté. Son succès tient au fait qu'il ne peut susciter que le consensus en dépit de son caractère polysémique et de son opérationnalisation *« impossible à mettre en œuvre sur le terrain »* (Calvès, 2009).

L'enjeu de la notion et des approches se réclamant comme favorisant l'empowerment des individus, des groupes et des organisations, est ainsi, tant pour les chercheurs que pour les praticiens, de parvenir à une meilleure compréhension de sa conceptualisation et de ses applications. Son approche historiquement relationnelle, sa rupture avec les approches préventives et les interventions qui assurent assistance et services aux personnes (Christens, 2012), nécessitent de s'intéresser tant aux significations que l'empowerment revêt pour les différents acteurs qu'aux façons dont la notion est utilisée pour transformer les conditions d'existence des personnes.

1.2. Une diversité de domaines et de disciplines

Les notions de participation, de pouvoir d'agir ou d'empowerment font aujourd'hui parti de la sémantique de nombreuses politiques publiques sur le plan international dans la lutte contre la pauvreté et sur les questions de santé publique (Calvès, 2009 ; Wallerstein, 2006). Elles ont en particulier investi les champs du travail social de groupe, de la santé mentale, de la psychologie communautaire, de l'éducation pour la santé et de la promotion de la santé, mais également les disciplines des sciences politiques et du management en entreprise, l'économie, la sociologie politique, ainsi que le mouvement social des femmes (Mc Whirter, 1991 ; Hur, 2006 ; Cavalieri & Almeida, 2018). Du fait de cette popularité grandissante notamment auprès des professionnels des pratiques sociales (Le Bossé, 2003) et de la promotion de la santé (Wallerstein, 2006), son utilisation et ses significations varient considérablement selon les disciplines et ne facilitent pas sa compréhension et son évaluation (Le Bossé, 2009).

L'empowerment en tant que phénomène et concept représente le sujet d'intérêt central pour la psychologie communautaire, d'une part par la prise en compte et la recherche d'un contrôle direct par les personnes des *« conditions de vie incapacitantes (chômage, pauvreté, marginalité) »*, d'autre part par la remise en cause des approches psychologiques traditionnelles centrées sur les dimensions individuelles (Le Bossé & Lavallée, 1993). Née dans les années 1960 aux États-Unis, le développement de la psychologie communautaire en Europe et en France est beaucoup plus récent (Saïas, 2011). La discipline vise à permettre aux individus et aux groupes de développer leur pouvoir social et un meilleur contrôle de leur environnement par la participation citoyenne, le développement communautaire, en appui avec les organisations communautaires bénévoles (comme les associations de quartier par

exemple) qui s'attaquent aux problématiques partagées (Florin & Wandersman, 1990). En cela, la psychologie communautaire se démarque d'une psychologie individualiste et a-contextualisée qui tend à expliquer les inégalités par les seules variables intra-individuelles (Santiago-Delfosse & Chamberlain, 2008).

1.3. Les ancrages idéologiques au fil du temps

Dans sa conception initiale, l'empowerment a été pensé comme un processus complexe et multidimensionnel, impliquant des dimensions individuelles, collectives, structurelles et symboliques. La notion est fondamentalement rattachée aux questions de pouvoir et d'inégalités liées aux appartenances sociales (genre, origines, nationalité, territoire) et aux positions sociales (classe sociale, place au sein de la société salariale, représentation et participation sur le plan politique) des personnes dans une société donnée (Sardenberg, 2009). Ses racines idéologiques s'inscrivent au travers de la philosophie et de la méthode de conscientisation développée dans les années 1970 dans le champ de l'éducation populaire par Paulo Freire (1974) au sein des milieux ruraux brésiliens pour surmonter la domination dont les personnes pauvres faisaient l'objet (Calvès, 2009). Le développement d'une conscience critique vise à permettre aux personnes opprimées ou marginalisées d'analyser leurs conditions sociales d'existence et les inégalités qui structurent la société afin d'élargir leurs perceptions (Watts et al., 2011). L'approche promeut le dialogue entre les personnes partageant une même réalité et un apprentissage actif et non descendant qui vise la transformation sociale et la libération de forces oppressantes et aliénantes qui ont été intériorisées (Freire, 1974 ; Jemal, 2017). Cette approche radicale a été affirmée dans les

années 1980 par les mouvements féministes qui contribuent à populariser l'empowerment défini comme *« un processus de transformation multidimensionnel, bottom-up, qui permet aux femmes ou aux pauvres de prendre conscience, individuellement et collectivement, des rapports de domination qui les marginalisent, et construit leurs capacités à transformer radicalement les structures économiques, politiques »* (Calvès, 2009). Le développement du pouvoir s'y concrétise en donnant la parole aux *« sans voix »*, en organisant en collectif les personnes pour mettre fin à leur stigmatisation et à la distribution inégale des ressources (Bacqué & Biewener, 2013). De nombreux mouvements sociaux féministes ont ainsi vu le jour sur le plan international pour contester les structures sociales et les idéologies patriarcales oppressives et discriminantes (Maton & Salem, 1995 ; Sardenberg, 2009). Les différentes stratégies de transformation et de libération sociale, soit l'éducation populaire, la mobilisation sociale et politique, les changements législatifs, ont pu se propager par la suite dans les approches du travail social et être conceptualisées au sein de la psychologie communautaire où l'empowerment devient l'idéologie et le concept central (Adams, 2003 ; Bacqué & Biewener, 2013 ; Le Bossé & Lavallée, 1993 ; Rappaport, 1987). Batiwala (2007) propose une vision de l'empowerment en tant que pouvoir collectif et politique créateur et identifie plusieurs éléments dans ce processus transformationnel : remettre en cause les idéologies, croyances et normes qui justifient les inégalités (exemple : l'idéologie patriarcale), développer les modalités d'accès et de contrôle des ressources économiques, organisationnelles et informationnelles (exemples : accès au crédit, aux dispositifs d'aide sociale, à la vie associative, à la prise de décision au sein d'organisation), transformer les institutions et les normes sociales qui maintiennent les asymétries de pouvoir existants au sein de la famille, de l'État, du marché, de l'éducation ou des médias. Ces changements s'opèrent à différentes

échelles, dans la sphère intime et au niveau des relations interindividuelles (Mc Whirter, 1991), au niveau communautaire et organisationnel par des mobilisations collectives qui permettent d'améliorer les contextes de vie des personnes à un niveau local via des associations de quartier par exemple ou des coalitions citoyennes et réseaux locaux (Maton & Salem, 1995), et au niveau politique et structurel par l'action sur différents déterminants sociaux de la santé et du bien-être des personnes, et par la remise en cause des normes et croyances qui perpétuent les inégalités (Tengland, 2008 ; Klebla & Wendausen, 2009). Ces changements structurels nécessitent des évolutions sur le plan législatif, l'influence des personnes et groupes concernés sur des décisions, priorités institutionnelles, ou des politiques gouvernementales, le développement de possibilités et d'opportunités de trouver un emploi, de gardes d'enfants, de trouver un logement, ainsi que d'agir symboliquement sur les normes sociales qui perpétuent les inégalités notamment par le développement des droits civiques, ceux des femmes ou des communautés minoritaires. L'empowerment est ainsi, dans ses racines idéologiques, profondément ancré dans l'inscription sociale des individus et des groupes au sein d'une société donnée, et au travers des logiques d'inclusion et d'exclusion sociale qui délimitent les possibilités de participation et d'organisations collectives (Gaventa, 1998). L'empowerment a ainsi pu être signifié comme un pouvoir libérateur, par une émancipation individuelle et collective permise par les espaces de discussion, de participation, de conscientisation et d'action (Bacqué & Biewener, 2013 ; Sardenberg, 2009 ; Pettit, 2012 ; Couralet, 2022). A côté de cette approche historiquement radicale, l'empowerment s'est vu être rattrapé dans les années 1990 par un double processus d'ancrage au sein de l'idéologie néolibérale, et au sein d'une approche psychologisante de plus en plus soutenue des recherches sur les processus cognitifs qui sous-tendent son développement. Ainsi

l'empowerment est progressivement devenu synonyme de capacités et de réalisation individuelles, en occultant parfois nettement les aspects relationnels et sociétaux propres à son développement. Cette vision individualisante se centre sur le contrôle de ce qui est important pour une personne, la maîtrise de soi et de son environnement, invoquant l'autonomie comme valeur suprême d'épanouissement personnel (Cattaneo & Chapman, 2010 ; Sardenberg, 2009 ; Ehrenberg, 2010). Il est attendu des individus qu'ils se montrent efficaces et responsables, qu'ils soient capables de s'insérer par le travail et de s'intégrer par la consommation, de prendre des décisions rationnelles face aux inégalités et à la pauvreté inhérentes au développement de la mondialisation au sein des économies des pays nouvellement industrialisés au sud, tout autant que celles post-industrielles des pays du nord (Gaventa, 1998). Le pouvoir peut être toujours pensé à l'échelle de l'individu, du groupe, de la communauté, mais le rôle des structures sociales, de l'état, des institutions, des dispositifs d'aides sociales, et des systèmes de normes et de valeurs historiquement ancrés qui justifient les inégalités, sont peu considérés voire occultés, y compris dans le champ de la promotion de la santé (Riger, 2002 ; Labonté, 1994). Cette vision individualiste du pouvoir qui le réduit aux choix individuels, aux initiatives qui développent les connaissances, les compétences, l'estime de soi des personnes en les déliant des contextes sociaux dans lesquels les personnes s'inscrivent et agissent, présuppose implicitement que les problématiques sociales telle que la pauvreté, les discriminations, l'absence d'emploi sont la conséquence des carences individuelles et qu'ils faut donc rechercher à améliorer les capacités et stratégies d'adaptation des personnes et des groupes à leur milieu de vie (Calvès, 2009 ; Le Bossé, 2007). Les personnes sont informées, les groupes sont consultés, les pauvres sont assistés ou soutenus financièrement avec l'idée sous-jacente qu'ils pourront ainsi s'adapter aux multiples exigences

et difficultés de leur vie quotidienne sans chercher à changer ces dernières. L'institutionnalisation progressive de l'empowerment au début des années 2000 dans plusieurs politiques de développement international, que ce soit dans la lutte contre la pauvreté, ou dans le champ de la promotion de la santé, s'est ainsi accompagnée d'une attention accrue sur les capacités et la saisie des opportunités au niveau individuel, tout en délaissant progressivement les aspects sociaux et politiques, l'action sur les facteurs environnementaux et structurels, et les conditions inéquitables d'existence (Calvès, 2009 ; Pettit, 2012 ; Prévot, 2010 ; Labonté, 1994). Si cette perspective portée par l'idéologie néolibérale dominante permet de mettre l'accent sur les droits, les capacités et les opportunités plutôt que sur les déficits et les besoins, elle délaisse une vision de l'empowerment où l'individu est pensé en tant que citoyen intégré dans un environnement politique et social donné (Kieffer, 1984).

2. Appréhender l'empowerment

2.1. Une pluralité de significations qui n'entravent pas son intérêt

La diversité de ces ancrages idéologiques au fil du temps engage une pluralité de significations données à l'empowerment et de fait, des approches qui peuvent tout autant ouvrir de nouvelles perspectives et possibilités pour les individus, les groupes et les organisations, qu'en même temps générer et entretenir un ensemble de normes et de valeurs dominantes auxquelles les personnes doivent se conformer (Pettit, 2012). Dès lors, comme le souligne Jouve (2006), *« s'il convient donc d'être prudent et de ne pas adopter une vision romantique*

des conditions concrètes dans lesquelles se développe l'action collective contemporaine, il faut également mettre l'accent sur le potentiel de modification très important que contient l'empowerment quant à la nature des relations, au contrat social, qui lient les individus et groupes sociaux en tant que sujets politiques et l'Etat ». Les interventions et pratiques se réclamant de l'empowerment, malgré la polysémie du terme et la diversité des cadres de pensées, d'actions et des contextes d'application, revêtent en effet un optimisme et un intérêt partagés, un fort potentiel théorique autour d'une vision libératrice de l'impuissance, de la résignation et de l'isolement généré par des conditions d'existences précaires épuisantes et des rapports sociaux de domination aliénants (Zimmerman 1990 ; Le Bossé & Lavallée, 1993 ; Le Bossé, 2003 ; Wallerstein, 2006 ; Hur, 2006). Rappaport (1987) insiste de ce fait sur l'importance de définir et d'adopter une idéologie de l'empowerment afin que de réelles ressources puissent devenir disponibles et être perçues comme accessibles, à l'inverse d'une idéologie de l'assistance où les ressources et les possibilités sont dépendantes des professionnels ou des cadres institutionnels et donc limitées. La mobilisation des personnes, leur propre définition des priorités pour leur santé, leur bien-être, et pour améliorer leurs conditions de vie, et le développement de relations interpersonnelles de soutien constituent ainsi plusieurs repères pour signifier l'empowerment dans sa forme émancipatrice (Israel et al., 1994 ; Tengland, 2008). Par la conscientisation réalisée à l'échelle d'un groupe, l'exercice de la participation encouragée par de nouvelles pratiques professionnelles et des cadres organisationnels habilitants, ainsi que de nouvelles opportunités et possibilités d'action perçues dans les différents contextes de vie, les personnes construisent un nouveau rapport à l'environnement jusqu'à développer une conscience et une action citoyenne sur des questions sociétales (Albuquerque, 2017 ; Zimmerman & Rappaport, 1988 ; Kieffer, 1984). Les

personnes et les groupes voient accroître leur liberté d'action et d'influence sur leurs préoccupations principales, ainsi que leur pouvoir sur le plan personnel, social voire politique (Freire, 1974 ; Cavalieri & Almeida, 2018 ; Tengland, 2008). Au sein de cette approche qualifiée de *« radicale »* par Bacqué et Biewener (2013), l'empowerment y est signifié en entremêlant les notions de justice, de redistribution, de changement social, de conscientisation, et de pouvoir *« exercé par ceux d'en bas ».* Il s'agit de permettre aux groupes stigmatisés, discriminés ou disqualifiés d'être reconnus par l'affirmation de leurs droits, de leurs potentialités, de leur citoyenneté, et de leur légitimité à participer à l'action sociale, économique, mais aussi politique pour lutter contre les injustices sociales et les inégalités (Kleba & Wendausen, 2009) : *« Dans cette optique, les enjeux de l'empowerment sont la reconnaissance des groupes pour mettre fin à leur stigmatisation, l'autodétermination, la redistribution des ressources et les droits politiques. L'objectif d'émancipation individuelle et collective débouche sur un projet de transformation sociale qui, dans les approches les plus radicales, repose sur une remise en cause du système capitaliste »* (Bacqué & Biewener, 2013).

2.2. Eléments de définition

La définition la plus utilisée de l'empowerment est celle proposée par Rappaport (1987) : *« l'empowerment est un processus, un mécanisme par lequel les personnes, les organisations et les communautés accroissent la maîtrise des questions qui les concernent ».* L'empowerment est quasi systématiquement associé à la notion de contrôle (Cattaneo & Chapman, 2010), en particulier par l'exercice d'un plus grand contrôle sur l'atteinte des objectifs pour une personne, une organisation ou une communauté (Rappaport, 1987). Pour

autant le contrôle ici ne peut se réduire à une dimension psychologique et au contrôle personnel, il implique un rapport à l'environnement, aux possibilités qui y sont offertes pour agir sur les questions, les préoccupations, les déterminants qui influencent la vie des personnes (Lord & Hutchison, 1993). Comme le précise Israel et al. (1994), l'empowerment *« dans son sens le plus général, fait référence à la capacité des personnes à comprendre et à contrôler les forces personnelles, sociales, économiques et politiques afin de prendre des mesures pour améliorer leur situation de vie ».* En somme, au travers de l'empowerment, l'intention serait davantage de permettre aux personnes d'accroître leurs possibilités de contrôler leur vie sur différents déterminants de leur bien-être, que de chercher à transmettre avant tout un sentiment psychologique de contrôle a-contextualisé qui fait fi de l'influence sociale réelle, de l'accès aux droits, et du pouvoir politique (Rappaport, 1987 ; Lord & Hutchison, 1993 ; Riger, 2002). L'empowerment nécessite de s'intéresser aux changements souhaités avec les personnes, de les identifier, les définir, et de percevoir progressivement les possibilités de les influencer (Rappaport, 1987 ; Le Bossé, 2003).

L'empowerment peut être considéré à la fois comme un processus et un résultat, en particulier dans le champ de l'exclusion sociale et des inégalités sociales de santé où il est d'autant plus important de comprendre comment l'empowerment peut contribuer à agir auprès des personnes défavorisées (Wallerstein, 1994, 2006). Mc Whriter (1991) insiste sur la complexité de l'empowerment et le définit comme un processus global, cognitif, comportemental, et relationnel, qui implique le renforcement de l'identité collective, la participation communautaire, et nécessite la compréhension des différents systèmes (de la famille jusqu'au capitalisme). Bien que les recherches aient mis l'accent depuis les années 1990 sur les aspects psychologiques de l'empowerment (Zimmerman, 1995, 1990) ceux-ci ne

peuvent être réduits au niveau d'une analyse strictement intra-individuel et englobent les composantes relationnelles dans la construction des dynamiques psychosociales (Christens, 2012), et le pouvoir organisationnel (Speer & Hughey, 1995) qu'il soit issu d'organisations communautaires (pouvoir ascendant) ou d'organisations institutionnels (pouvoir descendant). Le sentiment d'augmenter le contrôle personnel ou collectif peut en effet implicitement associer dans nos cultures occidentales individualistes le processus d'empowerment au développement interne des individus. L'attention des chercheurs et des praticiens peut alors rapidement se centrer sur l'augmentation des compétences personnelles, une meilleure estime et conscience de soi, un sentiment d'efficacité personnelle accrue, et une plus grande auto-détermination (Gibson, 1991). Or, d'une part et malgré une tendance à individualiser le concept (Riger, 2002), il a été largement reconnu que l'empowerment en tant que processus est ancré dans les interactions sociales (Lord & Hutchison, 1993 ; Cattaneo & Chapman, 2010), et d'autre part, il se caractérise par une meilleure compréhension de l'environnement et des organisations communautaires dans lesquels les personnes sont actives (Hur, 2006 ; Christens, 2012 ; Speer & Hughey, 1995).

L'empowerment n'est ainsi pas un phénomène intrapsychique (Zimmerman, 1995). Il se développe dans les espaces relationnels participatifs, et implique directement de travailler sur le rapport avec l'environnement et des possibilités qui y sont offertes pour un meilleur accès aux ressources extérieures (Rappaport, 1987 ; Christens, 2012). Ainsi les aspects qui concernent le sentiment de contrôle englobent également la possibilité d'influencer le monde extérieur, de mettre fin à des états et des situations d'oppression qui privent les personnes et les groupes de possibilités d'action, de participer à la prise de décision démocratique sur les questions qui les concernent (Tengland, 2008). Kleba et Wendausen (2009) définissent ainsi

l’empowerment comme un processus dynamique qui implique des aspects cognitifs, affectifs et comportementaux. Il s'agit d'accroître le pouvoir, l'autonomie personnelle et collective des individus et des groupes sociaux dans les relations interpersonnelles et institutionnelles, en particulier ceux qui sont soumis à des relations d'oppression, de discrimination et de domination sociale. Pour Zimmerman (1995), l’empowerment au niveau psychologique correspond tout autant à la capacité d’avoir le sentiment de contrôler sa vie, c’est-à-dire que ses objectifs puissent être atteints, que de percevoir les possibilités de contrôler son environnement. Les personnes sont ainsi amenées à prendre du recul et à développer leurs ressources internes pour atteindre leurs objectifs, mais aussi de comprendre et d’analyser leurs différents contextes de vie pour éliminer les barrières symboliques (inégalités, impuissance acquise, oppression, expériences de privation de droits) et s’appuyer sur des ressources externes existantes (Kieffer, 1984 ; Israel et al., 1994 ; Freire, 1974, Zimmerman, 1990 ; Gaventa, 1980). L’empowerment est de ce fait sensible aux contextes de vie des personnes, qui offrent plus ou moins d’opportunités et de possibilités pour exercer une influence sur leur environnement. Des interventions ou des pratiques qui ciblent ainsi trop les ressources internes des individus et les dimensions individuelles de l’empowerment prennent le risque d’avoir moins d’impact sur le bien-être, la santé et la qualité de vie des personnes (Israel et al., 1994). Il tient pour les intervenants et les praticiens de tenir compte des contextes de vie des personnes pour permettre réellement de développer un pouvoir personnel, interpersonnel et politique dans le but d’améliorer leur vie (Cavalieri & Almeida, 2018). Cela engage pour les intervenants de reconnaître les compétences personnelles des personnes, de créer des réseaux de relations qui favorisent la mise en perspectives de

nouvelles ressources et stratégies, et d'obtenir les moyens et l'influence pour l'exercice des droits en tant que citoyens, ainsi que l'accès et l'utilisation des services (Le Bossé, 2003).

2.3. Le développement de ressources internes et externes

L'empowerment implique une prise de conscience des éléments de l'environnement sur lesquels les personnes peuvent exercer une influence (Ninacs, 2002). Les organisations communautaires et les groupes entre pairs favorisent cette analyse de l'environnement social (Kieffer, 1984). La conscience critique se cultive dans les espaces de réflexion et de discussions en groupe (Freire, 1974 ; Watts et al., 2011) où les personnes vont pouvoir développer une compréhension critique des inégalités et des injustices sociales, et appréhender les ressources nécessaires pour atteindre les objectifs souhaités (Zimmerman, 1995 ; Perkins & Zimmerman, 1995). Ces ressources sont de différentes natures : psychologiques, informationnelles, organisationnelles, matérielles, sociales, financières et humaines auxquelles les individus peuvent faire appel dans leur vie quotidienne (Narayan-Parker ; 2005). Kleba et Wendausen (2009) détaillent ces différentes ressources en différenciant les ressources psychologiques personnelles, les ressources de soutien relationnel, et les ressources structurelles qui conditionnent l'expérience subjective des personnes dans les possibilités de choix et d'action. Les premières vont concerner la capacité à établir des relations, à communiquer, à construire et maintenir des liens, la croyance en ses choix et ses actions, le développement de stratégies de faire face. Les deuxièmes englobent les différentes formes de soutien (émotionnel, matériel, informationnel) face à l'impuissance, la pauvreté, les difficultés d'accès aux droits et aux services, auxquelles s'ajoutent le renforcement de l'appartenance sociale et de l'identité

sociale. Enfin les ressources structurelles réunissent notamment le capital économique (revenu, logement, accès aux biens), le capital culturel (connaissances, capacités et possibilités de réflexion critique sur la réalité), et le capital symbolique (système de croyances et de valeurs, normes sociales). L'exercice de la conscience critique et de la lutte contre les structures oppressives (discrimination, inégalités sociales, injustices sociales) n'est possible que dans et par les relations et au sein du groupe en particulier. Le développement des ressources personnelles et la possibilité d'influencer l'environnement sont permis ou restreints suivant les opportunités de participation sociale et la place laissée par les institutions et les politiques publiques pour permettre aux personnes d'exercer de nouvelles capacités et un pouvoir de décision sur les déterminants de leur bien-être (Cavalieri & Almeida, 2018 ; Tengland, 2008). Sur le plan plus macro, la création d'opportunités structurelles à un niveau local ou au sein des politiques publiques (trouver un emploi, faire de l'exercice, trouver un logement, faire garder vos enfants lorsque vous travaillez, accès aux droits sociaux ou à l'aide au chômage, etc.) créée donc également des possibilités d'empowerment plus élevées pour les personnes si elles le perçoivent comme telles car elles permettent d'élargir le champ des possibilités et des actions des personnes (Albuquerque, 2017). Que ce soit dans la relation d'aide interindividuelle, dans l'espace du groupe ou d'organisations communautaires, ou à un niveau structurel et politique, le processus d'empowerment doit permettre aux personnes de surmonter les obstacles (psychologiques ou sociétaux) qui restreignent leurs actions et leurs choix. Il s'inscrit dans les espaces relationnels qui développent la conscience critique et leur pouvoir d'agir dans leur rapport au monde et dans leurs différents contextes de vie (Le Bossé, 2003 ; Freire, 1974). L'empowerment peut ainsi être considéré comme une interaction dynamique entre le

développement de ressources internes et la somme des efforts des interventions sociales et communautaires pour dépasser les barrières structurelles propres à une société donnée (Speer & Hughey, 1995). Mais pour développer ce pouvoir social des personnes et des groupes, *« l'empowerment ne doit pas être vu comme une stratégie en soi, mais comme une composante d'une approche globale, engageant les décideurs à promouvoir des changements structurels ou réglementaires destinés à soutenir l'investissement de la communauté »* (Wallerstein, 2006).

3. Les différents types et niveaux d'empowerment

3.1. Empowerment individuel

Sur le plan individuel, l'empowerment vise donc à accroître les possibilités pour les personnes d'influencer leur propre vie, que ce soit par rapport à leurs priorités pour leur bien-être, pour le développement d'un pouvoir social par les relations, voire politique par les organisations communautaires (Rappaport, 1987 ; Cavalieri & Almeida, 2018). Les personnes refusent leur situation où elles se sentent impuissantes et ne se résignent plus face à leurs conditions d'existence (pauvreté, oppressions liées au genre ou aux origines, position sociale inéquitable). Elles cherchent de nouvelles options, investissent de nouvelles aspirations et un espoir, elles sont actives dans l'espace social (Kieffer, 1984 ; Lord & Hutchison, 1993 ; Zimmerman, 1990). Progressivement, les personnes perçoivent leurs propres compétences, se sentent capables d'agir dans certains domaines où elles peuvent exercer une influence, elles acquièrent la conviction que leurs objectifs peuvent être atteints (Zimmerman, 1995 ; Cattaneo & Chapman, 2010). Au-delà des connaissances et des aptitudes qu'elles possèdent

ou qu'elles peuvent développer, il est donc important de tenir compte et de travailler sur la façon dont elles se perçoivent et affrontent les situations d'oppression ou d'injustice sociale (Kleba & Wendausen, 2009 ; Hur, 2006). C'est ce que Zimmerman a conceptualisé comme la composante intrapersonnelle de l'empowerment psychologique, elle comprend la motivation à contrôler, l'auto-efficacité et le contrôle perçu dans un domaine spécifique, et la perception de compétences (Zimmerman, 1995). La composante interactionnelle se réfère à la compréhension de l'environnement : comprendre les normes et les valeurs d'un contexte particulier pour connaître les possibilités d'y exercer une influence, comprendre les facteurs influençant les problèmes prioritaires ciblés et les relations de pouvoir, comprendre et connaître les ressources nécessaires (compétences, personnes clés, services d'aide, organisation communautaire) pour atteindre un objectif souhaité. La composante comportementale cible la participation aux espaces sociaux communautaires, la possibilité et l'engagement d'influer sur les décisions qui les concernent, les actions qui actualisent les compétences apprises dans un contexte donné (participation à un groupe d'entraide, rechercher un emploi, rejoindre une association, gestion du stress). Christens (2012) ajoute une composante relationnelle à la conceptualisation de l'empowerment psychologique. Il la traduit en une compétence collaborative (inviter les autres personnes à participer, motiver et soutenir la mobilisation communautaire, renforcer l'engagement sur les changements sociaux jugés importants) et la capacité à enrôler d'autres personnes dans le processus d'empowerment, en faisant preuve de leadership ou en aidant à définir des intérêts communs. Le développement du pouvoir d'agir ne devient ainsi effectif que lorsqu'il s'inscrit dans les relations sociales et dans la transformation du rapport des personnes à l'environnement et à la société (Kleba & Wendausen, 2009 ; Le Bossé et al., 2002 ; Freire, 1974). Le processus

d’empowerment dépend ainsi des conditions à la fois objectives de l’environnement et subjectives des personnes dans leur rapport à soi, aux autres et au monde. Pour Cavalieri et Almeida (2018), l'empowerment intrapersonnel est une condition essentielle pour s’engager dans un processus participatif au niveau d’une communauté, d’un groupe ou d’une organisation (formelle ou informelle). Dans le même temps lorsque de nouvelles opportunités pour les citoyens sont créées pour qu’ils s’engagent dans la participation, ils peuvent développer une conscience collective, des compétences relationnelles et un engagement civique (Albuquerque, 2017 ; Zimmerman & Rappaport, 1988). La capacité à exercer un plus grand contrôle sur ce qui est important pour les personnes exige toujours un minimum de compatibilité avec les conditions objectives présentes dans l’environnement, au niveau des ressources disponibles et celles pour lesquelles il faut lutter et s’organiser en collectif, et au niveau des conditions structurelles d’une société donnée qui peuvent limiter les possibilités d’action (Le Bossé, 2003). Développer la dimension intrapersonnelle ne conduit ainsi qu’à une première étape du processus d’empowerment (Albuquerque, 2017). Une intervention centrée uniquement sur l’empowerment personnel et ses composantes intra-individuelles (contrôle perçu, auto-efficacité, perception de compétences, motivation à agir) réduit l'empowerment à la promotion de capacités individuelles et néglige le poids des relations sociales au sens large (au travers des institutions, associations, relations interpersonnelles) ainsi que les inégalités structurelles (Zimmerman, 1990 ; Zimmerman, 1995 ; Calvès, 2009 ; Sardenberg, 2006).

3.2. Empowerment collectif

Sur le plan collectif, que ce soit un niveau du groupe, d'une communauté ou d'une organisation, l'empowerment vise à assurer un même niveau de participation à tous les membres, à créer la capacité d'autogérer le développement collectif, et permet d'autant plus aux personnes de développer leurs habiletés, leurs réflexions, de se soutenir, et de se mobiliser dans une action collective (Hur, 2006 ; Ninacs 2003). Les personnes s'unissent, s'entraident, apprennent ensemble et développent des compétences (Hur, 2006). Grâce à la dynamique de groupe ou de l'organisation communautaire, elles peuvent progressivement sortir du poids de leurs conditions d'existence, et d'une emprise insuffisante sur les évènements et leurs contextes de vie (Speer & Hughey, 1995 ; Le Bossé, 2003). Au niveau individuel, l'impuissance est un phénomène subjectif où l'individu a intériorisé la croyance qu'il ne peut y avoir de changement, que ses propres actions seront inefficaces pour influencer l'issue des événements de la vie, et qu'il n'est pas opportun de lutter pour exercer plus d'influence sur le cours des évènements (Lord & Hutchison, 1993 ; Kieffer, 1984). C'est dans le champ psychologique du groupe qu'il devient possible de créer progressivement l'espoir, le désir d'agir, et les possibilités d'une action collective (Hur, 2006 ; Zimmerman & Rappaport, 1988). Par le développement de la participation et au travers d'espaces collectifs formalisés, les personnes impliquées peuvent découvrir et avoir accès à de nouvelles ressources précieuses et à des droits fondamentaux, contribuant directement à réduire les situations d'exclusion (Maton, 2008). L'empowerment s'apparente alors à un processus d'action sociale où les personnes perçoivent de nouvelles possibilités pour changer leurs conditions d'existence et leur environnement social (Wallerstein, 2006).

Les interventions visant le développement de l'empowerment à l'échelle collective supposent notamment la mise en commun des capacités des individus et la construction d'un sentiment d'appartenance à la communauté d'action (Mc Millan & Chavis, 1986). Les interactions se réalisent dans un rapport d'égal à égal quel que soit la position des acteurs afin notamment de chercher à créer une identité collective entre usagers et professionnels (Zimmerman, 1995). Les organisations sociales et les espaces communautaires contribuent à créer des liens, à accéder à de nouvelles connaissances et à des aides que les personnes n'auraient pu obtenir en étant seules, jusqu' à développer des opportunités de ressources financières (Kleba & Wendausen, 2009). Elles favorisent ainsi un sentiment d'appartenance collective, le partage de valeurs et de normes communes, la mise en commun des besoins et ressources, ainsi que la possibilité de partager ses émotions, ses expériences et son histoire (Israel et al., 1994). Il peut se dessiner progressivement un engagement à être ensemble, que ce soit à l'échelle d'un groupe, d'une communauté territoriale, ou d'une organisation réunissant des partenariats (Christens, 2012). Cet engagement permet de créer la croyance que le collectif est en capacité de répondre aux besoins et priorités des personnes, et de pouvoir exercer une influence sur les institutions et l'accès aux ressources, favorisant ainsi un sens de la communauté et du collectif (Mc Millan & Chavis, 1986). L'empowerment au niveau collectif se développe en suscitant des possibilités d'expression, d'échange, de réflexion collective, de soutien mutuel et de coopération (Speer, 2000 ; Riger, 2002 ; Israel et al., 1994). La construction d'un sentiment d'appartenance collective et d'une communauté reconnue sont des éléments essentiels de l'empowerment collectif (Hur, 2006). Les personnes peuvent y développer leur capacité à travailler ensemble sur des problématiques communes et sur les situations qui font de manière répétée obstacle au changement (Gutierrez, 1990). Le groupe ou l'organisation

communautaire deviennent des entités à part entière qui se perçoivent progressivement comme capables d'influencer et de résoudre des problèmes auxquels les personnes sont confrontées (Israel et al., 1994). Ce processus à l'échelle collective contribue à développer l'empowerment individuel des personnes au niveau interactionnel (meilleure compréhension de l'environnement et des possibilités de l'influencer) et relationnel par le développement de compétences participatives, l'identification à des intérêts communs et la légitimité à participer aux décisions qui les concernent (Schulz et al., 1995 ; Speer, 2000 ; Christens, 2012 ; Cavalieri & Almeida, 2018).

3.3. Un concept/une approche multiniveaux

L'empowerment a été pensé et théorisé comme un construit multiniveaux. L'empowerment psychologique correspond à la capacité d'un individu à prendre des décisions et à avoir le contrôle de sa vie et de son environnement. Il comprend la façon dont les individus perçoivent leurs capacités d'influence dans un domaine donné, la compréhension des normes et des valeurs régissant la société et les ressources nécessaires pour atteindre les objectifs souhaités, la capacité à créer et à mobiliser des relations interpersonnelles propices à la collaboration, ainsi que les actions entreprises dans leur environnement comme la participation à un groupe d'entraide, rechercher un emploi, ou rejoindre une association (Zimmerman, 1995 ; Christens, 2012). L'empowerment communautaire s'inscrit dans un espace collectif caractérisé par une identité construite par les membres et un sentiment d'appartenance où sont partagés des valeurs, des normes, des objectifs et des intérêts communs (Israel et al., 1994 ; Israel et al., 1998). Une communauté a une existence propre, elle peut exister en dehors d'une

intervention sociale et l'empowerment communautaire n'est pas la somme de l'empowerment développé par chaque individu (Ninacs, 2002). L'empowerment organisationnel comprend la capacité d'une organisation à partager l'information, à développer les compétences des membres, à créer un environnement coopératif et de soutien mutuel, et d'engager des efforts communs sur les objectifs définis collectivement (Zimmerman, 1995 ; Israel et al., 1994). Le processus d'empowerment à l'échelle de l'individu, par l'expérience du groupe, le développement de l'expression de soi, de compétences, d'une propension à agir, d'un concept de soi plus positif et d'une conscience critique ou analytique de la société et de ses inégalités, constitue un processus psychosocial qui permet aux personnes de dépasser leur sentiment d'impuissance et de repli sur soi en ne s'attribuant plus la responsabilité entière de leur situation et en percevant de nouvelles possibilités dans leur environnement proche (Kieffer, 1984 ; Zimmerman, 1990 ; Israel et al., 1994).

Les trois niveaux d'empowerment interagissent les uns avec les autres dans le processus et sont interdépendants (Ninacs, 2002 ; Kleba & Wendausen, 2009 ; Speer & Hughey, 1995 ; Schulz et al., 1995). Le développement de l'empowerment personnel se développe toujours dans les relations interindividuelles et de groupe, il ne se réalise jamais de manière isolée par la seule volonté ou capacité d'agir des personnes et s'inscrit dans la dynamique psychosociale des relations sociales (Lord & Hutchison, 1993 ; Riger, 2002 ; Tengland, 2008 ; Christens, 2012). L'empowerment personnel et communautaire ne sont accessibles que si des espaces relationnels et organisationnels permettent des possibilités de développer des formes de pouvoir (Israel et al., 1994). Suivant les contextes, les localités, les sociétés et les Etats, les conditions de participation et de développement des individus encouragent ou inhibent les possibilités pour les personnes et les groupes de pouvoir avancer vers plus de contrôle sur ce

qui est important pour eux (Zimmerman, 1990 ; Rappaport, 1987). L'empowerment est ainsi toujours à considérer dans une lecture de l'individu avec son environnement et est sensible aux contextes dans lesquels les personnes cherchent à agir ou à surmonter des difficultés ou obstacles (Zimmerman, 1995).

Au niveau communautaire, les individus créent ou investissent des espaces communicatifs et des interactions qu'ils perçoivent comme positives. Ils apprennent à coopérer, à développer de nouvelles ressources qu'ils n'auraient pas développées seuls, et à s'inscrire progressivement dans une citoyenneté active (Cavalieri & Almeida, 2018). Cette dynamique collective permet au niveau psychologique et de l'empowerment personnel de développer une conscientisation des inégalités et des forces sociales et économiques qui entretiennent l'aliénation et la résignation. Les personnes peuvent développer dans l'espace sécurisé d'un groupe ou d'une organisation soucieuse de l'empowerment la capacité à s'exprimer, à se faire entendre, et renforcer la valeur qu'elles s'accordent à elles-mêmes (Kieffer, 1984). Les personnes ayant pris conscience de leur pouvoir limité tout autant que les possibilités de changements au niveau individuel sont plus susceptibles d'enrôler de nouvelles personnes et de les mobiliser dans une action collective (Hur, 2006).

Au niveau organisationnel, les structures qui cherchent à être plus habilitantes pour leurs usagers doivent à la fois créer des modalités de pratiques qui rompent avec des relations asymétriques de dépendance où les choix sont imposés aux personnes (Lord & Hutchison, 1993 ; Tengland, 2008 ; Vallerie & Le Bossé, 2006) et à réfléchir de manière critique sur les mécanismes de contrôle social que génèrent parfois sans le vouloir les politiques d'action sociale ou de promotion de la santé (Kleba & Wendausen, 2009 ; Labonté, 1994). Pour développer l'empowerment communautaire, les organisations doivent ainsi créer les moyens

et les opportunités en son sein pour développer la participation et les dynamiques collectives (Cavalieri & Almeida, 2018 ; Rothman et al., 2019). Elles peuvent élaborer des initiatives de prévention et la participation aux activités de prévention qui contribuent à promouvoir simultanément le sens de la communauté, les interactions en groupe, et un sentiment d'appartenance (Peterson & Reid, 2003). Elles vont mettre en œuvre des actions collectives autour de différents évènements qui réunissent les personnes de manière participative sur une problématique donnée (Rothman et al., 2019). Elles cultivent en leur sein des possibilités significatives de participation et d'expression (Maton & Salem, 1995 ; Speer & Hughey, 1995). Enfin, l'empowerment organisationnel vise à fournir les efforts qui génèrent un empowerment individuel en permettant aux personnes de percevoir de nouvelles connaissances, ressources, et à créer les conditions qui favorisent l'expression de leurs vécus et de leurs aspirations (Freire, 1974 ; Lord & Hutchison, 1993 ; Cattaneo, & Chapman, 2010). Les organisations cherchent à offrir les opportunités d'expérimenter pour leurs usagers de nouveaux rôles et responsabilités (travailleurs-pairs, formation et professionnalisation, mentorat), d'accéder à de multiples possibilités d'apprentissages autour de leurs aspirations, d'exercer un leadership au sein des espaces collectifs, de développer une conscience et un engagement citoyen (Rothman et al., 2019 ; Maton & Salem, 1995 ; Christens, 2012 ; Cavalieri & Almeida, 2018).

4. Empowerment et participation

4.1. Participation et engagement communautaire

C'est en interagissant avec les autres dans des espaces communautaires en petits groupes que les individus peuvent développer de nouvelles formes de relations interpersonnelles, remettre en cause les inégalités sociales, faire l'expérience d'un nouveau rapport à l'environnement et s'orienter vers un processus d'émancipation individuelle et collective (Christens, 2012). Les résultats en termes d'empowerment sont indissociables du processus participatif dans lequel les individus construisent la capacité à avoir une pensée critique, un comportement participatif, et la croyance selon laquelle ils peuvent avoir un impact significatif dès lors qu'ils agissent ensemble (Wallerstein, 2006). La participation a une finalité transformationnelle, que ce soit à l'échelle de l'individu qui développe un nouveau regard sur ses perspectives et un nouveau rapport à l'environnement, à l'échelle d'un collectif qui développe un pouvoir social par la capacité à penser et à agir les uns avec les autres, ou à l'échelle d'une organisation pour promouvoir des changements structurels et réglementaires qui influent directement sur la santé et le bien-être des personnes (Boyce, 2001 ; Cavalieri & Almeida, 2018 ; Wallerstein, 2006). Le processus participatif permet d'engager la définition des problématiques ainsi que des solutions jugées pertinentes et appropriées dans un contexte précis et pour une population donnée (Zimmerman, 1995). La participation implique la création d'espaces d'interactions sociales de personnes partageant des mêmes conditions d'existence ou des intérêts communs (Kieffer, 1984 ; Jodelet, 2011 ; Lord & Hutchison, 1993). Ces espaces, lorsqu'ils s'inscrivent de manière répétée dans le temps, contribuent à réduire l'isolement social, à élargir les possibilités de choix initialement perçus comme limités, à

développer les compétences participatives et l'entraide, à s'insérer dans un groupe, et à devenir plus actif socialement en s'impliquant au sein de ses groupes d'appartenance (Lord & Hutchison, 1993 ; Hur, 2006 ; Peterson & Reid, 2003). La participation à des organisations communautaires ou bénévoles réduit par exemple le sentiment d'aliénation et d'auto-culpabilisation par un exercice conscient où les personnes se rendent compte qu'elles ne sont pas seules à vivre les problématiques de leur vie quotidienne, et où elles peuvent conscientiser que ces problèmes sont influencés par la façon dont la société est organisée (Zimmerman, 1990 ; Cavalieri & Almeida, 2018 ; Ninacs, 2002). Les discussions de groupe sur les problématiques et expériences vécues, et l'élaboration de solutions pensées collectivement, permettent de développer la reconnaissance, le soutien social et d'explorer les liens entre les problèmes personnels et sociaux (Gutierrez, 1995 ; Jemal, 2017). La participation offre la possibilité aux individus de réfléchir et d'agir les uns avec les autres, ils apprennent à coopérer, à prendre des décisions en groupe, et à résoudre des problèmes communs (Freire, 1974 ; Cavalieri & Almeida, 2018). Ces espaces concourent à promouvoir progressivement une vision commune des problématiques sur un territoire donné, ainsi que des changements souhaités en fonction des ressources disponibles et mobilisées (Ninacs, 2002 ; Israel et al., 1994). Lorsque la dynamique participative permet d'initier une réflexion critique sur sa place dans la société liée à ses appartenances sociales (genre, non-actif, pays d'origine, handicap, groupe social discriminé, territoire défavorisé) les personnes sont plus susceptibles de lier leur situation à des facteurs sociaux et structurels et au manque d'opportunité au lieu de s'en attribuer l'entière responsabilité par un manque de motivation ou de volonté par exemple (Gutierrez, 1995 ; Watts et al., 2011). Les personnes peuvent donner sens aux inégalités sociales et sortir d'une forme d'impuissance acquise et de repli sur soi par la capacité à

percevoir de nouvelles possibilités d'influencer leur réalité tant individuellement que collectivement (Kieffer, 1984 ; Zimmerman, 1990 ; Wallerstein, 2006). Pour Maton et Salem (1995), le leadership partagé, le développement d'une identité de groupe, l'acquisition de nouveaux rôles ou de nouvelles responsabilités au sein d'une organisation sont des éléments clés du processus participatif qui développent l'empowerment. Ils permettent progressivement d'ancrer un engagement communautaire et une reconnaissance de la communauté où les personnes construisent la croyance que leurs aspirations, les priorités, et les changements sociaux souhaités pourront être satisfaits par leur engagement à être ensemble (Watts et al., 2011 ; Mc Millan & Chavis, 1986).

4.2. La communauté et son développement

La notion de communauté s'est développée au sein de la psychologie sociale et plus spécifiquement au sein de la psychologie communautaire autour de plusieurs dimensions structurantes (Saïas, 2009) qui rendent au groupe son existence et une dynamique psychosociale propre sans qu'elle ne se réduise à la somme des psychologies individuelles qui interagissent entre elles (Kaës, 2009, 2021). Israel et al. (1998) caractérisent la communauté *« par un sentiment d'identité et un lien émotionnel à d'autres membres, un système de symboles communs, qui partage des valeurs et des normes, des intérêts communs et un engagement à partager des besoins »*. Pour Mc Millan (1996), la communauté se manifeste par un sentiment d'appartenance au groupe, c'est-à-dire la croyance d'avoir une place dans le groupe, un sentiment d'influence réciproque entre l'individu et le groupe, la perception que c'est par le groupe que les individus pourront satisfaire leurs besoins, et par le partage possible

des émotions au sein de la communauté. Hyppolite et Parent (2017) retiennent trois principaux éléments dans la littérature pour caractériser une communauté en promotion de la santé : le partage d'un espace géographique défini, des interactions sociales existantes, et des liens communs (sentiment d'appartenance, sentiment de solidarité). Plus que l'aspect organisationnel ou méthodologique, c'est la dimension relationnelle qui apparaît comme centrale. Au travers d'un espace collectif sécurisant où les personnes se sentent accueillies pour ce qu'elles sont, elles peuvent s'identifier aux autres et au groupe, des valeurs et symboles communs sont partagés, de nouvelles expériences relationnelles sont rendues possibles (Mc Millan & Chavis, 1986 ; Kieffer, 1984 ; Christens, 2012 ; Israel et al., 1994). Les personnes apprennent à être ensemble, des liens se créent, les interactions se déroulent dans un rapport d'égal à égal et au travers d'une écoute attentive (Hur, 2006 ; Zimmerman, 1995 ; Maton, 2008). La confiance, le sentiment d'être accepté par le groupe, permettent l'expression de la colère, de l'indignation, de frustrations accumulées, et réduisent la honte et l'humiliation vécues, la passivité, et la peur (Mc Millan, 1996 ; Lord & Hutchison, 1993 ; Kieffer, 1984). La construction d'une dynamique de groupe communautaire par les interactions entre pairs offre les moyens de s'affirmer, de partager les expériences communes ou quotidiennes de l'injustice, de se sentir reconnu par le groupe qui devient source de soutiens multiples et de relations attentionnées (Lord & Hutchison, 1993 ; Maton, 2008). La communauté peut ainsi être traduite comme une expérience profondément subjective et intersubjective (Christens, 2012 ; Jodelet, 2008, 2011). L'identification d'expériences partagées au sein du groupe, le développement d'un soutien social mutuel ont un impact considérable sur la façon dont les personnes vont remodeler leur perception de la réalité et pouvoir y donner du sens (Israel et al., 1994 ; Kieffer, 1984 ; Jemal, 2017). Haldane et al., (2019) définissent ainsi les

communautés *« comme étant constituées de personnes ayant une identité sociale commune ; c'est-à-dire des membres partageant les mêmes représentations sociales, c'est à dire les significations, symboles et aspirations à travers lesquels les gens donnent un sens à leur monde ».* Une fois qu'une base de significations et d'aspirations a été partagée, de sécurités et de soutien est établie, les individus organisés en communauté peuvent commencer à partager critiques, suggestions et ressources disparates, leurs différences d'opinion et d'interprétations, ils peuvent aborder des conflits dans l'espace du groupe sans crainte d'en être exclu ou d'angoisses de morcellement. L'hétérogénéité n'est plus une menace pour la cohésion du groupe et l'identité des personnes. En s'appuyant sur l'homogénéité, le consensus et l'illusion fusionnelle groupale nécessaire au départ à la construction d'une dynamique communautaire, les personnes peuvent ensuite par la divergence et les différences développer un esprit critique, une créativité et de nouvelles perspectives (Mc Millan, 1996 ; Anzieu, 1971 ; Abric, 2019). Pour Peterson et Reid (2003), Kieffer (1984), Schulz et al. (1995), la participation et la construction du sens de la communauté sont des ingrédients indissociables du processus d'empowerment. Les personnes y acquièrent la confiance et la légitimité de participer aux décisions qui les concernent (Cavalieri & Almeida, 2018). Elles développent des compétences participatives et peuvent reconstruire un espoir et un désir d'agir qui ne dépend pas de leurs seules ressources personnelles (Hur, 2006 ; Zimmerman & Rappaport, 1988). Labonté (1994) caractérise l'espace du groupe et de la communauté comme le lieu de changement où les caractéristiques essentielles de l'empowerment se réalisent dans les interactions avec les autres : le sentiment de contrôle sur ce qui est important et sur les ressources, l'apprentissage et le partage de connaissances et de solutions, le développement de la pensée critique par la conscientisation. La reconnaissance des

similitudes intragroupes, y compris par et avec les professionnels, soutient également le développement d'une identité collective et d'un sentiment d'appartenance essentiels au développement de l'empowerment au niveau communautaire (Jemal, 2017 ; Zimmerman, 1995 ; Israel et al., 1994 ; Mc Millan, 1996).

Il est à noter que la notion de communauté comme entité sociale et l'approche communautaire se sont particulièrement développées en Amérique du Nord et en Amérique Latine pour permettre aux minorités, groupes dominés et aux citoyens pauvres et peu représentés de s'organiser de manière autonome en développant leurs capacités à créer de nouvelles ressources pour la mise en œuvre de changements locaux et construire des contre-pouvoirs et de nouvelles solutions (Bacqué, 2000, 2006 ; Martinez, 2009). En France et en Europe, la notion de communauté tout comme la psychologie communautaire ont pu se développer de manière beaucoup plus confidentielle, essentiellement dans le champ de la santé mentale, pour promouvoir autour du patient les liens entre la psychiatrie, les dispositifs sociaux et médicosociaux en tentant de développer une approche communautaire de la santé mentale par la réorganisation territoriale des services de santé notamment (Dugravier et al., 2009). Les termes *« communauté »* et *« communautaire »* restent mal interprétés en France et peu souvent associés à un groupe partageant des même expériences, valeurs et aspirations (Shankland et al., 2009). Tout comme les pratiques françaises relevant de la participation, ils dénotent un déficit historique de sens et d'opérationnalisation.

4.3. Les pratiques participatives à l'international et en France

Les notions d'empowerment et de participation sont toutes deux nées des mouvements sociaux et des luttes sociales pour la libération dans les années 1960, en cherchant des réponses collectives à des structures de pensées et de normes profondément ancrées dans la société, comme par exemple au travers des mouvements féministes (Pettit, 2012). Les politiques sanitaires et sociales qui prônent aujourd'hui la participation des usagers et des citoyens sur le plan international traduisent un mouvement de construction et de reconstruction où les pratiques les plus favorables à la participation sont à consolider et à préciser telles que les méthodes de dialogue délibératif ou les pratiques de collaborations communautaires (Bousquet & Ghadi, 2017). Il serait illusoire de croire en une définition univoque de la participation tant les pratiques et les significations sont multiples et évolutives dans le monde et dépendent largement des contextes socio-culturels et historiques dans lesquels elles s'inscrivent (Mazeaud et al., 2016). Aux Etats-Unis, dans le cadre de programmes de transformation urbaine ou de lutte contre la pauvreté, plusieurs démarches participatives initialement fortement encouragées et financées par l'état ont été développées depuis les années soixante dans les quartiers défavorisés, tels que les Community Organizing développé par Saul Alinsky ou les Community Developpement Corporations (Bacqué, 2000). A Porto Alegre, au Brésil, depuis la fin des années quatre-vingt, la municipalité élabore son budget à travers une cogestion entre l'exécutif municipal et une participation citoyenne large (Bacqué et al., 2005). En France, dans les années quatre-vingt, la politique de la ville a été institutionnalisée par l'Etat dans les quartiers dits *« difficiles »* en invoquant la participation à un niveau micro local et sous l'angle partenarial, limitant le plus souvent la participation à un niveau consultatif dans le lien aux citoyens (Bacqué & Sintomer, 2005 ; Bacqué & Mechmache,

2013 ; Campagné et al., 2017). Face à l'étendue des cas concrets des dispositifs participatifs, il est apparu récemment l'intérêt de comprendre, consolider, standardiser et diffuser sur le plan international les outils, méthodes et savoir-faire en termes de participation (Mazeaud & Nonjon, 2016). L'horizon de la participation s'institue en effet dans des dispositifs très divers allant de *« l'autogestion, de la gestion déléguée à des associations par les pouvoirs publics à des procédures relevant de la simple information »* (Bacqué & Mechmache, 2013), ce qui contribue à des approches et des significations plurielles. Pour plus de clarté et de précision sur le périmètre de la participation, plusieurs niveaux de participation ont été conceptualisés par Arnstein (1969), Hance et al. (1990) ou plus récemment par Hart (2008). Au plus bas niveau, la participation n'est que façade et se limite au mieux à de l'information, souvent limitée, et recherche le plus souvent l'adhésion du public à des décisions ou des orientations déjà définies par avance par les pouvoirs publics locaux (Lafaye, 2001). A un niveau intermédiaire, la participation peut être considérée comme une coopération symbolique par des pratiques consultatives sans assurance que les aspirations et propositions des personnes soient prises en compte. Aux plus hauts niveaux de participation, les décisions sont prises en concertation avec les personnes ou en partenariat dans une forme plus ou moins consensuelle, ou bien les projets sont définis par les habitants eux-mêmes qui s'approprient un pouvoir qui leur a été délégué ou qu'ils se sont appropriés. Si les derniers niveaux relèvent souvent d'un idéal, ils impliquent *« une participation qui aille au-delà de la communication ou de la concertation autour de projets et de politiques publiques, qui prenne en compte à la fois les enjeux de pouvoir, les inégalités et la conflictualité dans le débat démocratique, dans une perspective de transformation sociale* » (Bacqué & Mechmache, 2013).

Goudet (2011) a recensé une grande diversité de pratiques participatives et de cadres plus ou moins communautaires dans le champ social et sanitaire français : les centres de santé de type communautaire, les démarches locales de promotion de la santé réunissant une pluralité d'acteurs, les structures et dispositifs d'insertion pour les jeunes, les associations de patients et les réseaux de santé publique ou bien encore les mouvements sociaux nés des inégalités et de situations conflictuelles dans le champ sanitaire et social qui ont cependant tendance à être freinés dans leur développement par *« le système politico-institutionnel français qui s'efforce, structurellement, de traiter ces situations et ces événements sous le mode individuel »*. Plusieurs textes législatifs récents illustrent ce paradoxe en tentant d'instaurer le développement de pratiques et de stratégies participatives au sein d'une culture administrative et de politiques publiques descendantes. La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé instituait par exemple la participation des usagers afin de pouvoir orienter la définition des politiques de santé. La démocratie sanitaire, dont le périmètre fait toujours débat, a été réaffirmée dans la loi de *« modernisation de notre système de santé »* du 27 janvier 2016. Il y est en particulier affirmé la volonté *« de renforcer l'efficacité des politiques publiques et la démocratie sanitaire »*. Son opérationnalisation passe par le développement de la participation des usagers au sein de différentes instances dans les établissements de santé (Commission des usagers), les établissements médico-sociaux (le Conseil de la vie sociale), et les régions (la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie). La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale a en particulier rendu obligatoire, pour tout établissement ou service assurant un hébergement ou un accueil de jour continu, de mettre en place un Conseil de la vie sociale pour permettre aux usagers d'échanger et de s'exprimer sur toutes les questions relatives au

fonctionnement de l'établissement (vie quotidienne, activités, travaux, locaux collectifs, relations entre usagers et avec l'institution). Malgré ces évolutions législatives récentes auxquelles s'ajoutent quelques rares avancées pour introduire la dimension collective dans la formation de travailleurs sociaux et en santé mentale, ou pour favoriser l'émergence de collectifs émanant de groupes de personnes en situation de précarité (Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale, 2013), les démarches de participation communautaire dans le champ des pratiques sociales et de la promotion de la santé restent confidentielles et peu valorisées en France (Campagné et al., 2017 ; Carrel & Rosenberg, 2014 ; Jourdan et al., 2012 ; Saïas, 2009 ; Shankland et al., 2009) .

5. Le processus d'empowerment, les éléments et les cadres de son développement

5.1. L'empowerment en tant qu'approche et processus

Les approches et pratiques visant le développement de l'empowerment vont en particulier chercher à permettre aux personnes et aux groupes oppressés ou exclus d'affirmer les droits et leur citoyenneté, de développer leurs potentialités, leurs connaissances, leurs compétences, ou de rechercher l'exercice de la participation réelle et symbolique pour réduire les inégalités sociales et favoriser l'équité (Kleba & Wendausen, 2009). Certaines personnes ou groupes de personnes qui partagent de mêmes conditions d'existence précaires perçoivent en effet leurs choix comme limités (Lord & Hutchison, 1993). Les approches visant le développement de l'empowerment doivent permettre d'élargir les possibilités de choix, de saisir les opportunités de changement et les ressources disponibles dans l'environnement de

vie des personnes, et in fine d'accroître leur liberté d'action et la citoyenneté (Freire, 1974 ; Albuquerque, 2017). En prenant des décisions pour eux-mêmes sur ce qu'ils vont juger comme important, en développant davantage d'options dans leurs actions, et en créant des cadres organisationnels et de société qui accroissent la participation, les personnes vont augmenter leur sentiment de pouvoir sur le plan personnel, social voire politique (Cavalieri & Almeida, 2018 ; Tengland, 2008).

Les travaux de conceptualisation de l'empowerment le situent davantage comme un processus ou une approche qu'un état fixe à obtenir (Cattaneo & Chapman, 2010 ; Wallerstein, 2006 ; Rappaport, 1987 ; Mc Whirter, 1991 ; Rodwell, 1996 ; Le Bossé et al., 2002 ; Tengland, 2008). Il marque l'idée d'une progression, d'un accroissement, d'une amélioration, d'une augmentation, d'une transformation (Skene, 2022). L'empowerment peut être résumé comme un processus d'intervention actif, dynamique, intentionnel et continu centré sur les relations sociales et la participation communautaire qui permet aux personnes de développer des compétences et un meilleur accès aux ressources pour améliorer leurs conditions de vie, leur position sociale, et leur pouvoir social (Cavalieri & Almeida, 2018). Maton (2008) le définit comme un processus participatif qui se construit à l'échelle du groupe où les individus marginalisés ou opprimés obtiennent un plus grand contrôle sur ce qui est important pour eux et leur communauté, accèdent à des ressources essentielles et à des droits fondamentaux, poursuivent des objectifs importants dans leur vie, et réduisent leur exclusion de la société. C'est un processus profondément social car il se produit dans et par les relations interpersonnelles (Lord & Hutchison, 1993 ; Hur, 2006 ; Christens, 2012). Si la plupart des études sur l'empowerment se sont concentrées sur les résultats (Hur, 2006), l'empowerment ne se présente pourtant pas comme une caractéristique ou un ensemble de compétences à

acquérir mais comme un processus de transformation par la réflexion et l'action en reconstruisant et réorientant ses relations aux autres et au monde (Kieffer, 1984). Son développement se réalise à deux niveaux, d'une part par le renforcement ou le développement de capacités personnelles (appropriation de connaissances et de compétences, connaissance et confiance en soi, prise d'initiatives) et d'autre part par le dépassement des obstacles s'opposant à l'accès aux ressources extérieures et par la remise en cause et la transformation des logiques d'exclusion et d'inégalités (Le Bossé, 2003 ; Lord & Hutchison, 1993 ; Albuquerque, 2017 ; Tengland, 2008). Il est indissociable de la qualité de la relation avec l'environnement et des possibilités qui y sont offertes pour un meilleur accès aux ressources extérieures et pour agir sur les causes structurelles des inégalités sociales (Rappaport, 1987 ; Christens, 2012 ; Kleba & Wendausen, 2009). Le changement se situe ainsi à la fois au niveau psychologique par la croyance en ses propres capacités d'action et l'ouverture à la communication, et à la fois au niveau organisationnel en renforçant et en développant les ressources et les possibilités des personnes, et en s'engageant avec elles sur les problématiques sociales prioritaires (Cavalieri & Almeida, 2018). Saïas (2009) résume le processus d'empowerment personnel autour de quatre dimensions : la participation communautaire, le sentiment de compétence, l'estime de soi et la conscience critique.

5.2. Les éléments du processus d'empowerment

L'empowerment doit être pensé comme un processus itératif où l'expérience, la réflexion et l'action se nourrissent entre elles et où les différentes composantes interagissent de manière non linéaire (Cattaneo & Chapman, 2010 ; Kleba & Wendausen, 2009). Pour autant, les

éléments du processus d'empowerment qui permettent son développement sont souvent confondus avec les composantes du concept (Albuquerque, 2017). Parmi elles, la capacité à s'exprimer, le développement de connaissances et de compétences, la croyance en ses propres capacités, les compétences de leadership, l'accès aux ressources, le développement d'une conscience critique, le sentiment d'appartenance à un groupe, la participation à des activités communautaires, le développement d'actions collectives (Hur, 2006 ; Zimmerman, 1995 ; Le Bossé, 2003 ; Ninacs, 2003 ; Speer, 2000 ; Israel et al., 1994 ; Jemal, 2017) sont autant de dimensions qui permettent de circonscrire des résultats attendus ou observés, mais qui ne permettent pas de rendre compte de la dynamique du processus d'empowerment. Plusieurs travaux ont pu néanmoins apporter des éclairages sur les éléments en œuvre dans le processus d'empowerment : créer un cadre de confiance pour permettre l'expression (Gibson, 1991), créer des possibilités permanentes d'apprentissages (Maton, 2008), travailler collectivement par le dialogue à identifier les déterminants sur lesquels les personnes peuvent exercer une influence (Freire, 1974), écouter, partager en groupe des récits de vie et favoriser la réflexion critique collective (Watts et al., 2011), aider à la prise en compte de la dimension sociale des expériences de discrimination et d'exclusion des groupes minoritaires (Mc Whirter, 1991), favoriser des relations apportant un soutien social et émotionnel (Kieffer, 1984), initier un processus participatif permettant d'élargir les possibilités de choix et les opportunités de changement (Lord & Hutchison, 1993), développer des cadres qui donnent l'occasion aux personnes de s'inspirer, de s'influencer entre elles et de s'engager (Maton & Salem, 1995), encourager les organisations qui permettent aux personnes d'exercer de nouveaux rôles (Rothman et al., 2019), accompagner les groupes minoritaires à transformer leur environnement et leur relation au monde (Mohajer, 2009), éliminer les obstacles qui

entravent un accès équitable aux ressources extérieures et aux services dédiés aux populations (Wallerstein, 2006), accompagner l'émergence de dynamiques d'auto-organisation autour de projets collectifs (Kleba & Wendausen, 2009), ambitionner des actions structurelles au niveau des politiques économiques, sociales, institutionnelles et organisationnelles qui assurent la possibilité de répondre aux options souhaitées par les individus, les groupes et les communautés, comme l'accessibilité des services, des conditions équitables d'accès aux droits, l'accès aux aides sociales, des possibilités de requalifications et d'intégration professionnelle, et des opportunités de participation des citoyens (Cavalieri & Almeida, 2018).

5.3. Les cadres participatifs et communautaires habilitants

Plusieurs cadres communautaires peuvent être considérés comme propices au développement de l'empowerment tels que les groupes d'entraide, les organisations d'engagement civique, les organisations d'action sociale ou les mouvements sociaux (Rappaport, 1987 ; Christens, 2012). Maton (2008) a identifié quatre domaines de cadres participatifs favorisant l'empowerment : les cadres qui permettent aux adultes de surmonter leurs difficultés personnelles, de se développer et de rechercher leur bien-être, les cadres qui permettent aux jeunes qui grandissent dans des circonstances difficiles de se réaliser et de s'accomplir, les cadres qui permettent aux citoyens des communautés touchées par la pauvreté de prendre des mesures pour améliorer la localité dans laquelle ils vivent, les environnements qui donnent aux groupes historiquement opprimés les moyens de résister et de contester les inégalités sociales, les institutions, et de prendre des mesures pour les

changer. L'empowerment s'opère davantage sur les niveaux individuel, interpersonnel, communautaire et collectif pour les deux premiers domaines, auxquels s'ajoute les niveaux organisationnel, institutionnel voire politique pour les deux suivants (Hur, 2006).

Les politiques sociales notamment laissent plus ou moins de marge de manœuvre aux organisations pour permettre d'installer des espaces relationnels avec les professionnels ou entre les usagers qui favorisent le développement de l'empowerment (Hur, 2006 ; Adams, 2003). En France, par exemple, les efforts pour développer les pratiques communautaires ascendantes se trouvent limités par une culture administrative et politique descendante (Carrel, & Rosenberg, 2014). Dans les institutions et les organisations communautaires, les cultures professionnelles sont en mesure d'offrir à des degrés très divers des espaces de participation suffisamment sûrs et prolongés dans le temps pour permettre aux participants de développer la confiance et la conscience critique (Jemal, 2017 ; Freire, 1974 ; Jennings, 2006).

Que ce soit dans les politiques publiques ou dans les programmes d'action dans les champs de la promotion de la santé, de l'action sociale, ou de la lutte contre la pauvreté, de nombreuses stratégies sont encore nécessaires pour offrir les conditions propices au développement de l'empowerment individuel et collectif. Wallerstein (2006) souligne par exemple l'importance de développer des environnements soutenants et des politiques favorables à la santé par la mise en place de groupes d'auto-supports, l'implication des usagers, des actions collectives et des approches centrées sur le dialogue. Albuquerque (2017) promeut des pratiques dans le travail social qui tiennent compte des contextes microsociaux (réseaux de soutien formalisés, prise en compte des besoins, aspirations et de la demande des personnes, cultures professionnelles visant l'émancipation), des contextes mésosociaux

(organisation de la participation citoyenne, réseau de professionnels collaboratifs, stratégies de développement local) et macrosociaux (politiques sociales, conditions socio-économiques plus ou moins égalitaires, organisations communautaires, coordination intersectorielle). Pour lutter contre la pauvreté dans le monde et ralentir ses effets délétères, Narayan (2005) insiste sur l'importance de développer des structures d'opportunités par les institutions étatiques et les organisations sociales en assurant des services fonctionnels et inclusifs, des politiques publiques qui assurent l'équité dans l'accès aux droits et aux services, et des organisations communautaires et citoyennes fortes.

Chapitre 2. Les aspects psychosociaux des situations de précarité

1. Définir la précarité

1.1. Un concept multidimensionnel

Souvent assimilé à la pauvreté, la notion de précarité a émergé en France depuis la fin des années 70 en tant que phénomène social spécifique, en particulier au travers de l'évolution de la structure de l'emploi, associant chômage, travail précaire et instabilité des situations d'emploi (Fieulaine, 2006). La notion s'est peu diffusée et a été peu conceptualisée sur le plan international, les travaux privilégiant l'usage des concepts de pauvreté et de défavorisation sociale (Towsend, 1987 ; Robert, 2013 ; Saunder & Naidoo, 2009 ; Jego, 2019), réduisant la précarité en la perte d'emplois stables et réguliers qui permettent aux individus de se projeter vers une mobilité sociale ascendante (Han, 2018). Lorsque les situations de précarité touchent plusieurs domaines de l'existence (revenu, emploi, logement, protection sociale, relations familiales) et deviennent persistantes, elles entraînent un état d'insécurité permanent qui peut conduire à la pauvreté (Spira, 2017 ; Cazals-Ferré & Llorca, 2004). Wresinski définit la précarité en 1987 comme *« l'absence d'une ou plusieurs des sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales, et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle conduit à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle devient persistante, qu'elle compromet les chances de réassumer des responsabilités et de*

reconquérir ses droits par soi-même, dans un avenir prévisible ». La définition a été reprise par les Nations unies dans les travaux de la Commission et du Conseil des Droits de l'Homme sur les droits de l'homme et l'extrême pauvreté. Les sécurités dont il est question concernent les ressources et revenus disponibles, l'accès à un logement décent, l'accès à l'éducation et à l'instruction, la qualité des liens sociaux et familiaux, l'accès à la protection sociale, l'accès aux soins et à la prévention, l'accès à la culture. Cette définition invite à analyser la précarité dans une approche multidimensionnelle et non de considérer uniquement la pauvreté monétaire qui ne représente qu'un aspect de la privation ou de la pauvreté (Alkire, 2018 ; Saunder & Naidoo, 2009 ; Townsend, 1987). Ainsi, la classification internationale des maladies (CIM-10) répertorie un ensemble d'indicateurs permettant de mieux appréhender l'aspect multifactoriel de la précarité : analphabétisme et illettrisme, faibles niveaux éducatifs, scolarisation inexistante ou inaccessible, logement insalubre ou impropre à l'habitation, logement inadéquat du fait de l'état de santé de la personne, absence totale de revenu, d'aide et de prestation financières, bénéficiaire de la CMUC ou de l'AME, personne vivant seule à son domicile.

Face à l'ensemble de ces situations de précarité, plusieurs formes de protection et d'aide sociale ont été créées en France et ont amené à catégoriser différents publics : *« Pauvres, infirmes, mendiants, vagabonds, personnes âgées ou malades sans ressources, enfants orphelins, mères et veuves sans protection, paysans sans terre, citadins sans abri, travailleurs sans emploi »* auxquelles il peut-être ajouté *« les familles monoparentales, les chômeurs de longue durée ou les jeunes à la recherche d'un premier emploi »* (Castel, 2000). Ces catégories administratives ne constituent pas pour autant un ensemble homogène d'individus et la précarité ne peut être réduite à une ou des catégories sociales particulières bien qu'elles

soient institutionnalisées par les dispositifs qui leur sont dédiés (Paugam, 2012). Le Haut Conseil de la Santé Publique affirmait ainsi en 1998 que *« la précarité ne caractérise pas une catégorie sociale particulière mais est le résultat d'un enchaînement d'événements et d'expériences qui débouchent sur des situations de fragilisation économique, sociale et familiale. (…) le phénomène de précarisation, au sens d'absence d'une ou plusieurs sécurités, est devenu aujourd'hui massif puisque l'on peut estimer qu'il touche 20 à 25 % de la population totale vivant en France soit de 12 à 15 millions de personnes »*. En comparaison, la pauvreté est située dans une société donnée sur un seuil. L'Union européenne et l'INSEE utilisent le seuil à 60 % du niveau de vie médian. Cette approche monétaire prend seulement en compte le revenu, soit moins de 1041 euros par mois en 2017, ce qui représente 8,9 millions de personnes en France métropolitaine (DRESS, 2020). Si on prend en compte un niveau de vie inférieur à 18 607 euros annuels mais supérieur au seuil de pauvreté, soit moins de 1 551 euros par mois, 16,3 millions de personnes avaient un 2017 un revenu dit *« modeste non pauvre ».* Il y a nécessairement un décalage entre ceux qui sont identifiés comme pauvres selon les mesures monétaires et ceux qui sont identifiés comme précaires si des grilles de lecture multidimensionnelles sont appliquées (Alkire, 2018)

1.2. Une diversité de situations vécues comme instables et incertaines

Si la précarité peut engendrer la pauvreté ou l'exclusion sociale, elle n'est pour autant pas assimilable à ces deux notions ni aux inégalités sociales, elle renvoie à des modes d'insertion instables (Vandecasteele & Lefebvre, 2006 ; Paugam, 2000). La notion est dérivée du latin *précarius* (qui s'obtient par la prière) dont l'usage est courant au XVIIe siècle pour désigner

quelque chose dont la solidité est incertaine et l'avenir imprévisible (Cazals-Ferré & Llorca, 2004). Le terme précaire recouvre une diversité de situations de fragilisation provoquées en particulier par la déstabilisation du travail et de l'intégration sociale (Castel, 2000). Sa traduction anglaise, *precariousness*, ou *precarity,* est peu utilisée dans les pays anglo-saxons (Jamal & Abdallah, 2016) où les termes *poverty* et *deprivation* sont privilégiés (Thomas, 2008), *« comme si dans les pays anglo-saxons, la précarité de l'emploi et l'instabilité sociale n'étaient pas des situations particulières mais un phénomène courant »* (HCSP, 1998). Barbier (2005) considère la notion française de précarité comme *« très difficilement exportable »* de par sa polysémie, et parce qu'elle est intimement liée à la façon de percevoir la condition salariale dans un pays donné. La France, historiquement affirmée comme un Etat-Providence par son système étendu de protection sociale et en particulier la création de la sécurité sociale en 1945, a dû faire face à l'insécurité grandissante du marché du travail au milieu des années 1970 (Castel, 2000). Face aux nouvelles problématiques et besoins liés au ralentissement de la croissance, la montée du chômage, et le vieillissement de la population, elle a connu des difficultés de financement constantes de son système de protection sociale. Du fait de la multiplicité des situations précaires et des processus de précarisation, les dispositifs de protection sociale se retrouvent déstabilisés pour penser l'intégration professionnelle et sociale. Le travail, l'emploi, l'aide et la protection sociale retranscrivent une mutation socio-culturelle où la flexibilité et l'adaptation deviennent la norme (Eckert, 2010 ; Fieulaine, 2006). Dès lors, comme dans les pays anglo-saxons, l'instabilité et l'incertitude deviennent une caractéristique de notre système social à laquelle les individus sont tenus de répondre par une adaptation constante et le développement de dispositions et de ressources individuelles. C'est dans ce contexte que la recherche autour des situations de précarité et des processus de

précarisation s'est développée en France. L'érosion de la protection sociale et l'instabilité de l'emploi ont créé une préoccupation collective pour penser au niveau psychologique et social l'impact de changements macrosociaux sur les existences individuelles et collectives (Paugam, 2012 ; Fieulaine, 2006). Or, notre société reste traversée par l'idéalisation de la stabilité des situations d'emploi, de logement, ou de protection promise par l'état-providence. Ces objets sociaux, tels que les définit Furtos (2000), sont signifiés par un système de valeurs socialement partagées qui prône historiquement en France la permanence, la régularité, à l'inverse des nouvelles attentes sociales centrées sur l'adaptation et la flexibilité comme normes au service de la rationalité économique (Fieulaine, 2006). La promesse d'une place sociale devient dès lors incertaine et concerne à la fois les milieux familiaux, les groupes d'appartenance, et sa place de citoyen dans la société (Furtos, 2007, 2000). Face à l'effritement des sécurités liées au système de protection sociale, les aspects psychologiques de l'incertitude et de l'instabilité caractéristiques de ces situations ont été considérés de manière croissante ces dernières années. Ils oscillent entre l'idéal de l'individu hypermoderne responsable, adaptable, et capable de mobiliser ses ressources pour faire face aux difficultés, et une approche des inégalités et des conditions de privation qui génèrent aliénation et impuissance (Gonin, 2008 ; Wallerstein, 2006). De manière quelque peu caricaturale, la question devient ainsi de savoir si face au risque de la désillusion que provoque la perte de ces objets sociaux valorisés, le point d'ancrage de la transformation se situe autour de l'individu lui-même et de ses capacités d'adaptation, ou bien à l'intérieur même de la structure sociale par le changement des conditions d'existence et le renforcement du tissu social. Cette distinction s'ancre dans une vision libérale où l'individu est poussé à se prendre en charge et à saisir les opportunités sans assurance de protection du système social, et une analyse de lutte pour le pouvoir et la justice

sociale où l'accès aux ressources et aux opportunités est inéquitablement réparti au sein d'une société donnée (Ehrenberg, 2010 ; Fugier, 2018).

1.3. La précarité comme processus

Face à l'ampleur du phénomène, il n'existe ainsi pas de *« communauté sociale de précaires »*, mais un *« ensemble hétérogène de situations instables, génératrices de difficultés diverses »* indépendamment des dispositifs d'aide sociale qui ont construit des catégories de publics (Chauvin & Parizot, 2010). La multiplicité de ces situations vécues conduit ainsi à davantage penser la précarité comme un processus de précarisation touchant plusieurs groupes sociaux de manière variable (Fieulaine, 2006), et moins comme un état à décrire sans réellement chercher à l'expliquer (Thomas, 2008). Cette considération permet d'éviter une vision dualiste entre précaires et non précaires, ou encore entre les gagnants et les perdants des mutations sociales et de la mondialisation en particulier dans le domaine du travail, affirmant la domination des premiers sur les seconds (Girard et al., 2010 ; Thomas, 2008). Face aux évolutions sociétales et à l'effritement de l'état providence, aux exigences d'adaptation incessantes imposées aux individus, et aux transformations des règles du marché de l'emploi et de la protection sociale, c'est la société dans son entièreté qui se retrouve symboliquement ancrée dans un processus de précarisation (Han, 2018 ; Paugam, 2012). Un nombre de plus en plus conséquent de personnes se retrouve ainsi plongé dans des angoisses de perte, par la mise en représentation du risque de l'enchevêtrement d'insécurités. Au-delà de l'aspect monétaire, c'est la crainte du déclassement, l'instabilité de l'emploi et le cumul de difficultés sur différents aspects de l'existence qui créent le glissement vers la pauvreté et l'exclusion

(Wresinski, 1987 ; Vandecasteele & Lefebvre, 2006 ; Paugam, 2012). La précarité n'est en ce sens pas à envisager comme un état mais comme un processus multidimensionnel qui engendre une pauvreté relationnelle, des problèmes de santé, des difficultés d'accès au logement, et une angoisse collectivement partagée (Chauvin & Parizot, 2010 ; Paugam, 1998). Furtos (2000) propose une lecture psychosociale de ces sécurités en les qualifiant d'objets sociaux socialement désirés et concrets comme le travail, l'argent, le logement, la formation, les diplômes. Ils définissent en effet notre place au sein de la société et nous confèrent un sentiment d'existence sociale. La pensée de la perte de ces objets sociaux est impossible à éviter pour tout à chacun car ils conditionnent les espaces d'insertion sociale. La précarité concerne de ce fait, au moins sur le plan symbolique, la société entière et ne se limite pas à des catégories prédéfinies et à un nombre de personnes. Furtos définit ainsi la *« société précaire par la pensée omniprésente de la perte possible ou avérée des objets sociaux ; la peur de perdre une fois installée draine la perte de confiance en l'avenir et dans la société. »* Lorsque ces objets sont perdus et peuvent être traduits en termes de manques, manque de revenus, de logement, de soins médicaux, d'éducation, mais aussi de pouvoir ou de respect, ils créent des situations de dénuement et l'expérience de la perte des espaces sociaux d'appartenance (Castel, 2000). A l'insuffisance des ressources matérielles s'ajoute la fragilisation du tissu relationnel. A la perte de ces objets qui donnent sens à nos existences et nous confèrent un statut social s'adjoint une rupture progressive des liens sociaux qui font habituellement fonction de soutien mais aussi de reconnaissance dans les différentes sphères de socialisation : la famille, le milieu professionnel, le réseau amical notamment (Chauvin & Parizot, 2010). Castel a conceptualisé cette dissociation sociale autour de ce qu'il a appelé la désaffiliation. Il suggère ainsi de penser le processus de précarisation autour de deux axes ou objets sociaux

principaux : l'intégration/non-intégration par le travail, et l'intégration/non-intégration dans un réseau social et familial (Castel 2000). Les personnes s'intègrent en effet prioritairement dans la société par le travail, et s'inscrivent dans le social par l'ensemble des espaces relationnels qu'elles peuvent investir et sur lesquels elles peuvent compter. De ce fait, les situations de désaffiliation sont le résultat d'un décrochage par l'intégration professionnelle et l'insertion relationnelle qui aboutit à un isolement social et à un sentiment d'inutilité (Castel, 1994). Le travail stable va souvent de pair avec un tissu relationnel fort, Castel qualifie cet état d'intégration. Lorsque le travail se précarise, les soutiens sociaux se fragilisent et induisent une vulnérabilité. L'absence de travail et l'isolement relationnel constitue le bout du processus de précarisation que Castel nomme désaffiliation, au travers d'une *« existence qui n'est structurée ni par un rapport continu au travail ni par l'inscription dans des formes stables de sociabilité ».* La perte de ces objets sociaux que sont le travail et l'espace des relations sociales au sein desquels le sujet ne peut plus trouver reconnaissance et valeur en son existence, génère désillusion, désenchantement et deuils parfois impossibles à réaliser. Furtos (2000) précise que ce risque de perte est impossible à éviter pour tout à chacun, mais que tant que cette angoisse de perte avérée ou non peut être contenue dans l'espace des relations, la perte s'inscrit comme une précarité *« normale »* dans laquelle le changement ou une rupture ne provoque pas une coupure vis-à-vis de soi, des autres et de l'avenir. Cependant, les évolutions et mutations du marché du travail tendent ces dernières années à favoriser, normaliser et prolonger une intégration professionnelle sur le court terme (CDD, missions d'intérim, stages, emplois aidés) « *installant un processus de précarisation sur la durée »* (Fieulaine, 2006). La raréfaction des offres d'emploi notamment pour les jeunes rend difficile par exemple l'accès à un emploi stable (Cazals-Ferré & Llorca, 2004). Plutôt que de chercher à

transformer de manière structurelle ces conditions d'emploi, la tendance a été de permettre de compenser cette instabilité et ce processus de précarisation par des allocations et aides sociales, comme en 2010 avec l'extension du RSA aux jeunes de moins de 25 ans. Dans le même temps, ont émergé des *« formes atypiques d'emploi »* dans les années 2000 autour des dispositifs du contrat nouvelle embauche (CNE) et du contrat première embauche (CPE) par exemple. Plus récemment, l'auto-entrepreneuriat a été encouragé pour échapper au chômage et à la précarité. Globalement, la privation d'emploi, les expériences de chômage vécues par l'ensemble des catégories sociales, l'accroissement de la flexibilité de l'emploi, la normalisation des formes atypiques d'emploi, ainsi que des aides sous contrôle et contreparties, contribuent à institutionnaliser le processus de précarisation et l'instabilité qu'il génère auprès de presque toutes les catégories de population (Eckert, 2010 ; Fieulaine, 2006). Ainsi voit-on naître aujourd'hui des formes de *« pauvreté paradoxale »* qui touchent des travailleurs, des retraités, des propriétaires, ou des cadres (Maurin, 2022). Fieulaine (2006) proposait une définition de la précarité qui retranscrivait ce processus de précarisation sur plusieurs niveaux d'analyse : *« les situations de précarité correspondent à des insertions sociales marquées par l'instabilité et l'incertitude structurelles (chômage, emploi précaire, risque de licenciement, temps partiel, faiblesse des revenus) qui fragilisent l'accès aux supports offerts par l'intégration sociale (travail, revenus, protection sociale), et ce à la fois au niveau de leur quantité (niveaux de travail, de revenus et de protection) et de leur qualité (centralement la stabilité du travail, des revenus et de la protection). »* Ces situations instables et incertaines ont pour conséquence de complexifier l'accès voire le maintien au droit commun, d'écarter toujours davantage de personnes de l'activité économique et des espaces de participation sociale, de générer des problèmes de santé et des difficultés d'accès au

logement, ou de renoncer à l'accès aux dispositifs d'aide sociale par le sentiment de désespérance qui s'installe (Chauvin & Parizot, 2010 ; Paugam, 2012 ; Spira, 2017)

2. Dimensions objectives et subjectives de la précarité

2.1. Dimensions objectives des situations de précarité

Les processus de précarisation se composent à la fois de dimensions objectives liées aux conditions de vie dans l'environnement des personnes et des contextes sociaux dans lesquels elles sont engagées ou limitées, et des dimensions plus subjectives au travers de processus psychosociaux de dégradation du lien social et de déstabilisation de statuts sociaux qui conféraient une identité et donnaient sens à l'existence (Cazals-Ferré & Llorca, 2004 ; Fieulaine, 2009 ; Fugier, 2018). Pour tenter d'objectiver les situations de précarité, plusieurs approches ont été développées en France : l'approche *« absolue »* qui correspond à la possibilité de pouvoir satisfaire ses besoins primaires (se nourrir, se loger, se vêtir), l'approche *« relative »* qui fixe des seuils monétaires de pauvreté, l'approche *« administrative »* basée sur la part des allocataires de minima sociaux (notamment le revenu de solidarité active, les minimums vieillesses, l'allocation pour adultes handicapés, l'allocation de solidarité spécifique, l'allocation de demandeurs d'asile), l'approche en *« conditions de vie »* qui, pour l'INSEE, correspond au cumul de huit difficultés sur vingt-sept pouvant être regroupées en quatre dimensions : contraintes budgétaires, retards de paiement, restrictions de consommation, et difficultés de logement, et enfin l'approche des *« ressentis »* en tant que mesure subjective où les personnes expriment la perception de leur situation (Damon, 2016 ; Brunner & Maurin, 2020 ; Spira, 2017 ; Godefroy & Ponthieux, 2010). La pauvreté absolue est

surtout utilisée par les institutions internationales pour mesurer le nombre de personnes en situation d'extrême pauvreté (au-dessous du seuil de 1,90 dollar par jour). Les dernières estimations de la Banque mondiale suggèrent que le nombre d'habitants vivant dans l'extrême pauvreté est passé de 1,9 milliard en 1990 à environ 700 millions en 2015. En France, entre 1970 et 2003, le taux de pauvreté (60% du revenu médian) n'a cessé de baisser, de 17,9% (8 649 000 personnes) à 13,7%, notamment du fait de l'amélioration des situations de l'ensemble des personnes âgées. Il a connu ensuite une lente progression pour s'établir en 2020 à 14,6% (9 300 000). Entre 2004 et 2019, avant les mesures exceptionnelles de protection sociale des personnes les plus fragilisées socialement lors de la période Covid, le nombre de personnes pauvres avait augmenté de 1,7 million (Brunner & Maurin, 2020). Le dernier rapport sur la pauvreté en France 2020-2021 de l'observatoire des inégalités souligne en particulier qu'entre 2002 et 2018, le taux de pauvreté des jeunes de 18 à 29 ans a progressé de près de plus de 50 % : de 8 % à près de 13 %. 22 % des 18-29 ans qui ne vivent pas chez leurs parents sont pauvres (Brunner & Maurin, 2020). Depuis 1970, on constate que le taux de pauvreté a été multiplié par deux chez les moins de 25 ans, tandis qu'il a été divisé de moitié pour les plus de 65 ans. Les situations de précarité touchent également davantage les familles monoparentales avec des femmes à leur tête (Damon, 2016). En 2020, 2,1 millions de ménages recevaient le RSA en France, ils étaient 1,9 million en 2015 (Brunner & Maurin, 2020). Le nombre de bénéficiaires de la CMUC complémentaire en France a lui progressé entre 2008 et 2017, de 4,3 millions de bénéficiaires à 5,5 millions en 2017, notamment du fait de la mise en œuvre de simplifications administratives des demandes de CMUC (Fonds de la complémentaire santé solidaire, 2019). L'analyse de la pauvreté en conditions de vie réalisée par l'INSEE (2019) montre que la part de ménages déclarant des difficultés de logement est

passée de 10,1% à 5,7% entre 2004 et 2017, tandis que la part des ménages affectés par des retards de paiement a baissé de 11,5% à 8%, et celle des ménages touchés par des restrictions de consommation de 14,2% à 11%. Les conditions de vie les plus dégradées concernent les ménages âgés entre 45 et 59 ans (13,9%), les chômeurs (44,1%) et les familles monoparentales (25,9%). Globalement, sur l'ensemble des conditions de vie considérées, la pauvreté en conditions de vie a atteint son plus bas niveau historique en 2017, avec 11% des ménages en France métropolitaine, contre 14,6% en 2004.

18 % des Français se considèrent comme pauvres. Ce taux retranscrit en particulier l'ensemble des mutations de l'emploi (flexibilité accrue, temps partiel, intérim, CDD) qui aboutissent à la multiplication des situations de précarité au sein de la société et qui affectent d'autant plus les plus jeunes, en particulier sur l'isolement social ressenti (12 à 14% suivant les études). Un tiers des personnes se déclarant pauvres ont ainsi des revenus supérieurs à 1000 euros par mois (Brunner & Maurin, 2020). En 2019, le seuil de pauvreté à 60% du revenu médian en France correspond à 1 100 euros pour une personne seule. L'ensemble des éléments suggèrent que ces mesures objectivantes de la précarité recouvrent une diversité de situations et de populations, que ce soit en termes de structure d'âge, familiale, de conditions de vie, mais aussi de la façon dont les personnes perçoivent leur situation : *« au-delà d'être un ensemble d'insertions sociales définissables objectivement par des critères socio-économiques, les situations de précarité sont également des expériences subjectives et leur définition au présent apparaît insuffisante pour décrire ces expériences et leurs conséquences »* (Fieulaine, 2009).

2.2. Dimensions et dynamiques subjectives dans le vécu des situations de précarité

La précarité n'est pas une dimension mesurable, comparable et mesurée, elle est éminemment subjective et ne se limite pas à certaines catégories sociales ni à la pauvreté (Eckert ; 2010 ; Pierret, 2013). Les expériences personnelles de l'instabilité, l'incertitude liée à l'avenir et à la permanence des sécurités, les épisodes biographiques de ruptures ou discontinus dans les trajectoires sociales et professionnelles, génèrent un éventail de significations qui influencent directement la façon de penser les situations de précarité, et la façon d'en appréhender les conséquences (Fieulaine, 2006, 2009 ; Tap et al., 2002). Lorsque ces épisodes peuvent être contenus dans l'espace des relations à autrui et au sein des liens d'appartenance, même si les conditions de vie sont dégradées et la pauvreté financière avérée, les personnes peuvent compter sur des formes de sécurité sur le plan psychosocial qui permettent un travail de mise en représentation pour signifier les expériences de perte (Castel, 2000 ; Durif-Bruckert et al., 2006). La souffrance psychique d'origine sociale n'empêche ici pas de vivre (Furtos, 2000). L'environnement relationnel offre des possibilités de soutien sur le plan social et émotionnel, il assure confiance et sécurité (Kieffer, 1984 ; Jodelet, 2011). Les liens de solidarité, en particulier lorsqu'ils s'actualisent dans l'espace du collectif et de la communauté, permettent de penser les inégalités et les injustices sociales (Jemal, 2017). Les situations de discriminations, d'exclusion ou d'oppression peuvent être reconnues par les pairs qui se préoccupent de la défense des droits et des intérêts des membres de la communauté (Jodelet, 2011). Les multiples expériences de perte, perte de travail, de droits élémentaires, de dignité, de moyens de subvenir à son existence, peuvent être pensées au sein de ses sécurités relationnelles et de situations intersubjectives (Durif-Bruckert et al., 2006 ; Vandecasteele & Lefebvre, 2006). L'environnement relationnel parvient

ainsi à maintenir le sentiment d'intégrité et de continuité de soi. La souffrance peut être mise en mots, la perte des objets sociaux peut être transformée autour de nouvelles significations dans les systèmes de valeurs partagées avec l'entourage et au sein du milieu social d'origine (Vandecasteele & Lefebvre, 2006 ; Apostolidis & Dany, 2014). Pour Furtos (2000) : « *il y a chez tout homme la dimension d'avoir à demander à autrui de l'aider à vivre, ce que j'appelle la précarité normale. Personne ne peut vivre seul, en autarcie, ou alors c'est l'autisme social, une nouvelle modalité de faux self qui fleurit sous nos climats »*. Lorsque le travail se précarise, les soutiens sociaux se fragilisent et induisent une vulnérabilité, la continuité existentielle est menacée, les ajustements identitaires et la cohérence biographique ne peuvent plus se structurer dans un récit où les personnes parviennent à donner sens à ce qu'elles vivent et à l'intégrer dans leur histoire (Tap et al., 2002 ; Bernaud, 2018 ; Lany-Bayle & Pineau, 2019). Les liens sociaux ne permettent plus de mettre en mots les expériences vécues, d'identifier la souffrance, de signifier les situations de précarité. Or c'est par le langage que le soi se construit, par le social que la parole est possible, il ne peut y avoir de sentiment d'existence en dehors des interactions sociales (Smith & Sparkes, 2008). Les interactions langagières permettent aux personnes la mise en pensée de leurs expériences, de leurs affects, et autorisent la mise en conscience d'une souffrance (Stern, 2005). Les sentiments de honte, de culpabilité où les personnes s'attribuent la responsabilité de la perte des objets sociaux, le désarroi et la disqualification peuvent être contenus dans ces espaces intersubjectifs sans qu'ils deviennent insupportables à signifier (Debordeaux, 1994 ; Furtos, 2000 ; Paugam, 2012 ; Vandecasteele & Lefebvre, 2006). Par l'expression de leur subjectivité, les personnes gardent la liberté d'exercer et d'exister en tant que sujet. Ils peuvent, par l'identification et le partage de trajectoires sociales marquées par la précarité au sein d'un groupe, d'un collectif, d'une

communauté, créer *« un pouvoir qui les unit »* (Jodelet, 2008). L'intersubjectivité assure une fonction de reconnaissance sociale des situations vécues, à l'endroit d'objets sociaux comme le travail, l'argent, le logement autonome, les diplômes qui ont une valeur hautement symbolique dans les existences sociales (Marková, 2011 ; Furtos, 2007). Il n'y a en ce sens pas de relation mécanique entre précarité sociale et précarité psychique (Furtos, 2011). Les ressources biographiques antérieures déployées dans l'espace des relations vont signifier les expériences de précarité et de perte douloureuses, et sauvegarder un sentiment de continuité de soi. Le partage d'expériences vécues, et l'identification à autrui permis par les interactions sociales, offrent la possibilité de mise en représentation des situations de précarité (Gonin, 2008). Le passage d'une zone de précarité à une autre (précarité normale, vulnérabilité, assistance, désaffiliation) génère des turbulences intrapsychiques entre le sujet et son environnement. La conservation du lien social maintient la possibilité de demander de l'aide, de trouver les espaces relationnels sécurisants pour accueillir la déception et les désillusions, d'y rattacher des significations dans une histoire individuelle et collective (Furtos, 2011). Les conflits ne sont plus intrapsychiques mais peuvent ainsi s'actualiser dans les dynamiques intersubjectives et une analyse des conflictualités du sujet dans son rapport à l'environnement (Mellier, 2003). Le rapport au monde et aux objets sociaux peut être mis en forme dans des interactions qui soutiennent la normalisation ou le développement de la subjectivité suivant les systèmes de normes et de valeurs activés (Gonin, 2008 ; Fieulaine, 2006). L'intersubjectivité empêche ainsi la dissolution ou la fragmentation de soi (Stern, 2005 ; Ehrenberg, 2010). Les espaces relationnels, qu'ils soient interindividuels avec un professionnel, ou collectifs avec des pairs confrontés à des processus de précarisation similaires, peuvent en effet faire fonction de contenant des affects liés aux pertes (Mellier,

2003). Les conflits intrapsychiques déclenchés notamment par la perte des idéaux peuvent se transformer dans un nouveau système de représentations positives de soi, qui ancrent un sentiment de continuité de soi sur le plan identitaire, et qui évite l'intériorisation de ruptures biographiques qui coupent les personnes de leur souffrance. La mise en mots des difficultés vécues et des stigmatisations dans les différents contextes de vie réengage l'individu en tant que sujet de sa propre existence, rend la mise en sens et la reconnaissance des ressources personnelles et sociales possible.

3. Aspects psychosociaux et désubjectivation

3.1. Les aspects psychologiques et sociaux liés à l'expérience de la précarité

Les situations de précarité dans les différents domaines de l'existence, au niveau des revenus et de l'accès à une protection sociale, introduisent, de par leur nature imprévisible et instable, une menace et une vulnérabilisation sur le plan psychologique (Fieulaine, 2009). Ces situations peuvent être transitoires et variables dans le temps, leur accumulation implique de s'intéresser à la diversité des trajectoires sociales et aux ressources mobilisables (Chauvin & Parizot, 2010 ; Fieulaine, 2006). La multitude et la répétition de ces situations induisent des répercussions négatives qui, associées à une diminution des possibilités de mobiliser des ressources pour faire face à ces situations, caractérisent le degré de vulnérabilité ressentie (Fieulaine, 2009). Pour Pierret (2013), *« nous sommes tous devenus vulnérables »*. Les projets de vie, le statut social, la reconnaissance que nous pensions établie sont éphémères : *« à l'ère de la précarité, plus rien n'est acquis, au contraire, tout est fragile, chacun a le sentiment d'être vulnérable ».* Les allers-retours vers l'emploi par exemple, la diversité des situations de mal-

logement, ou les réseaux de sociabilité qui peuvent se montrer plus ou moins aléatoires dans le temps, créent une incertitude au quotidien et fragilisent les espaces d'insertion et d'appartenance sociale (Maric et al., 2008 ; Fieulaine & Apostolidis, 2015). La vulnérabilsation et les impacts psychologiques induits par la variété des situations vécues comme incertaines, instables voire incontrôlables, impliquent de s'intéresser à la signification qu'en donnent les personnes dans leurs différents contextes de vie (Lord & Hutchison, 1993 ; Jodelet, 2011). Pour Castel (1994, 2000), la vulnérabilité naît en particulier à l'intersection d'un travail précaire et d'un lien social fragile qui génèrent des risques de basculer dans des situations de dénuement et de rupture. L'insertion relationnelle et le rapport au travail sont marqués par l'incertitude des soutiens sociaux et familiaux et l'instabilité des situations salariales (Castel, 1994). Lorsque cette instabilité devient chronique et l'expérience de la vulnérabilité quotidienne, le vécu de ces situations de précarité où les personnes se retrouvent confrontées de manière répétée à l'isolement, aux difficultés d'accès aux droits et aux soins et à des conditions de vie stressantes, génère une souffrance sur le plan psychosocial (Furtos, 2000). Fugier (2018) suggère qu'elles peuvent conduire à des reconfigurations identitaires et biographiques lorsque les ressources économiques et culturelles et les soutiens relationnels le permettent. Une redéfinition de sa place dans la société devient possible, de transformations professionnelles au niveau identitaire (Furtos, 2000) jusqu'à l'investissement d'autres espaces de reconnaissance et de participation sociale que le travail : « *cela peut consister par exemple à remettre en question la place trop importante qu'a prise le travail dans la société au détriment d'autres activités sociales jugées au moins aussi essentielles au bien-être individuel et social (comme les activités politiques, amicales, familiales, amoureuses, etc.) »* (Fugier, 2018). Pour autant, le plus souvent, ces situations de précarité génératrices de

souffrance conduisent à des stratégies défensives telles que l'évitement et le repli sur soi afin de mettre à distance la perte des objets sociaux qui ont entravé l'identité des personnes et la valeur qu'elles s'accordaient. La façon dont l'environnement est en capacité d'apporter une réponse et un cadre contenant de ces souffrances et de cette détresse est primordiale pour éviter le basculement dans une souffrance qui empêche de vivre (Furtos, 2011). Cette réponse dépasse les catégories administratives permettant l'accès aux droits, aux dispositifs d'aide et de protection sociale, qui demeurent parfois incertaines pour reconstruire certaines sécurités (par exemple Le Droit au Logement Opposable qui permet aux personnes mal logées d'être reconnues prioritaires afin de faire valoir leur droit à un logement). La prise en compte de ces souffrances d'origine sociale implique des relations de confiance dans lesquelles la détresse peut être entendue, où un avenir pour soi-même et dans la société peut se redessiner. Les dispositifs d'aide nécessitent de ce fait de se situer au-delà du schéma institutionnel besoins/offre/réponses. En l'absence de reconnaissance de cette souffrance, la situation de détresse initiale ou de précarité psychique peut basculer dans des formes de précarité qui s'exacerbent jusqu'à la désaffiliation dans laquelle la perte des objets sociaux peut s'apparenter à un traumatisme (Vandecasteele & Lefebvre, 2006 ; Furtos, 2011 ; Castel, 1994). Dans cet entre-deux du processus de précarisation, des remaniements permanents des objets sociaux s'installent. Les temps d'élaboration des attentes progressivement pensées et de la transformation des affects générés par la perte s'intègrent dans les systèmes de normes et de valeurs socialement partagés (Durif-Bruckert et al., 2006). Cette mise en représentation s'accompagne de conflictualités et de tensions intrapsychiques ouvrant un espace de resignification autour de la perception de soi, de ses capacités, de ses relations sociales, et de sa place dans le monde. Elle implique d'ouvrir un dialogue avec soi et autrui sur ses

préoccupations personnelles, de repérer les difficultés ou l'impossibilité de formuler une demande, et de tenir compte des conditions d'existence au niveau social et politique. Les liens sociaux, familiaux, les relations d'aide institutionnalisés, et les espaces de participation sociale sont essentiels pour permettre de créer la possibilité d'une demande dans ce champ psychologique marqué par l'incertitude, le désarroi, le repli sur soi, l'humiliation, et le ressentiment caractéristiques du processus de précarisation (Debordeaux, 1994 ; Paugam 2012 ; Chauvin & Parizot, 2010).

3.2. Un phénomène de désubjectivation

Lorsque le cumul des situations de précarité persiste dans le temps, que les ressources personnelles et sociales s'épuisent, un sentiment de vulnérabilité s'installe qui se caractérise par une plus grande menace de l'intégrité des personnes sur le plan physique, psychologique et de leur insertion sociale (Castel, 2000 ; Fieulaine, 2009 ; Angel & Vatne, 2016). Face aux turbulences liées à l'instabilité incessante de ces situations de précarité, les ressources sont perçues comme plus difficilement mobilisables, les obstacles contextuels (isolement, difficulté d'accès aux droits et aux soins au quotidien, confrontations répétées à des situations stressantes) et les barrières structurelles (chômage, emploi précaire, inégalités sociales liées à son groupe d'appartenance, faiblesse des revenus) paraissent infranchissables, et une perte de confiance ou d'illusions dans l'avenir s'installe (Castel, 2000 ; Furtos, 2011 ; Angel, 2010). Cette instabilité chronique génère une souffrance sur le plan psychosocial par un stress aliénant qui *« empêche de vivre »* (Israel et al., 1994 ; Furtos, 2000). L'accroissement de conditions de vie déjà défavorables, la fragilisation des liens sociaux et des réseaux de

sociabilité, la perte de l'idéal de la réalisation de soi par le travail créent la possibilité d'un basculement de la vulnérabilité vers la désaffiliation (Castel, 1994, 2000 ; Gonin, 2008). S'institue alors dans les contextes de vie des personnes des mouvements de désinsertion et de déliaison (Fugier, 2018), de disqualification et de dévalorisation (Paugam, 2012). La perte de statuts sociaux (perte de son emploi, de son logement, dévaluation de son diplôme, séparation conjugale) qui conféraient une identité et un sentiment d'existence sociale crée une crise de sens, du symbolique, où la réalisation de soi est entravée et la position sociale remise en cause (Fugier, 2018). La perte des objets socialement désirés entrave le sentiment de dignité, *« d'être un humain reconnu »* (Furtos, 2000). A ce stade, les situations de précarité exacerbées et les sentiments de perte, de désillusion, de honte, d'humiliation et de désespoir existentiel créent une blessure narcissique et identitaire (Vandecasteele & Lefebvre, 2006). De plus, pris dans des logiques de survie, voire de l'urgence au quotidien pour satisfaire aux besoins élémentaires de l'existence, les ressources psychologiques et sociales viennent à manquer pour permettre un étayage qui donne sens au cumul des difficultés ressenties. Lorsque la souffrance psychosociale s'installe dans la durée et entrave la mise en sens de ce qui se passe, c'est une forme de précarité psychique impossible à vivre qui s'établit face à une détresse qui perdure (Furtos, 2007). La seule issue possible est alors de se couper de cette souffrance pour assurer sa survie psychique, de chercher à exclure de soi-même les affects impossibles à supporter. L'environnement n'est plus en mesure de rendre supportable les expériences précaires éprouvées et d'y donner du sens dans le contrat culturel où chacun trouve sa place dans la société (Vandecasteele & Lefebvre, 2006 ; Furtos 2000). L'inhibition, le désinvestissement des exigences normatives fondées sur la réussite et l'épanouissement personnel, l'abandon de la lutte pour obtenir une place sociale dans les différents contextes

sociaux (travail, famille, groupes d'appartenance) entraînent les personnes dans une honte de soi paralysante (Fugier, 2018). En cherchant à se couper des sentiments liés à cette souffrance devenue insupportable (terreur, désespoir, effondrement), l'individu s'autoexclut de lui-même, les processus de désaffiliation et de désinsertion s'installent. Par le déni, le clivage ou la projection, il protège sa psyché des attaques qu'il s'inflige lui-même et entraîne souvent dans son sillage un processus de désubjectivation, d'aliénation, de rupture des liens sociaux et familiaux (Castel, 2000 ; Furtos, 2000 ; Fugier, 2018). Le passage de la vulnérabilité à la désaffiliation s'inscrit dans les inégalités sociales marquées par des opportunités d'aide disparates, la répartition des richesses économiques, le capital social disponible, les conditions de vie inéquitables suivant les territoires, l'appartenance à un groupe social stigmatisé ou disqualifié (Albuquerque, 2017 ; Wallerstein, 2006 ; Grignon et al., 2004 ; Aïach & Fassin, 2004 ; Ninacs, 2002). Ces inégalités, lorsqu'elles deviennent totalement subies, rendent d'autant plus difficile la perception de nouvelles possibilités d'améliorer sa situation, de mobiliser des ressources et de redéfinir une place sociale. A ce niveau de vulnérabilité, les personnes n'ont plus aucun pouvoir pour éviter le bout du processus de précarisation marquée par l'exclusion sociale et une auto-exclusion psychique (Furtos, 2000). Les capacités de subjectivation, c'est-à-dire d'attribuer des significations aux expériences vécues, sont entravées, jusqu'à provoquer des états *« d'agonie psychique »* (Vandecasteele & Lefebvre 2006). S'installe dès lors *« une errance subjective »* (Benhaïm, 2005) dans laquelle le silence, l'impossibilité de mettre en mots, d'inscrire les expériences de rejet, d'humiliation, de discrimination et de mésestime dans des espaces relationnels qui permettent par le langage et le symbolique d'étayer ou du moins de contenir une réalité où l'intégration de la perte est permise, sont devenus impossible à supporter. Ces situations de précarité d'un point de vue

psychologique et existentiel (Furtos, 2007) entraînent des processus d'exclusion où les liens sont mis à rude épreuve, où la possibilité de solliciter une aide ou de formuler une demande est recluse. Il y a une forme de renoncement à être sur la scène sociale, par la perte de statuts et d'objets sociaux qui conféraient une place sociale devenue incertaine, et par la fragilisation des appartenances au sein de la famille et des espaces sociaux collectifs où des mêmes intérêts, aspirations, activités et croyances peuvent habituellement être partagés (Jodelet, 2011). Quand l'identification à autrui ne devient plus possible, quand les liens s'altèrent dans les interactions, c'est la dynamique d'intersubjectivité qui est mise à mal (Gonin, 2008). Or, il ne peut y avoir de subjectivité seule sans interaction, désengagée du lien à autrui et des identités sociales qui y prennent corps. C'est par l'intersubjectivité que les personnes se construisent puis maintiennent leur existence en partageant leurs expériences vécues, par le langage et le dialogue qui permettent de donner sens à l'existence (Stern, 2005 ; Marková, 2011). Pour Furtos (2011), la précarité est constitutive de nos existences, elle fait partie de la conscience collective d'une société précaire et incertaine, et elle s'inscrit dans la confiance ou la perte de confiance en soi-même, en autrui, en l'avenir. C'est par le lien à autrui, sa conservation, les possibilités de soutien dans le vécu de cette souffrance d'origine sociale, que celle-ci peut être mise en mots, pensée, et s'ancrée dans une réalité psychique et un système de valeurs partagés : *« la précarité repose à l'origine sur la détresse, l'impuissance, l'incomplétude et l'obligation d'une dépendance vis-à-vis des besoins de base, ce qui entraîne l'exigence d'une reconnaissance réciproque : être considéré comme digne d'exister dans son groupe d'appartenance (d'abord la famille, elle-même englobée dans des groupes de plus en plus vastes), et à partir de là d'exister en humanité »* (Furtos, 2007). Par l'intersubjectivité, la continuité existentielle sur le plan identitaire est possible, le travail de deuil à la suite de la

perte des objets sociaux et l'étayage social permettent de donner du sens aux situations. A l'inverse, la rupture des appartenances prive l'individu de réseaux de soutien (matériel, financier, émotionnel, d'estime) qui permettent de médiatiser le rapport avec la perte des objets sociaux (Debordeaux, 1994 ; Vandecasteele & Lefebvre, 2006). Les trajectoires sociales deviennent incertaines, marquées par des discontinuités ou ruptures biographiques dans le lien avec soi-même et la société (Fieulaine, 2009 ; Castel, 2000). Les ruptures s'accumulent alors, qu'elles soient affectives, dans la mésestime de soi-même au niveau scolaire ou professionnel, financières par la perte de revenus, existentielles par un avenir incertain source de désespoir et d'humiliation (Rode, 2012 ; Paugam, 1998, 2012). S'installe progressivement un processus de déliaison plongeant *« finalement la personne concernée dans un état de flottement, une sorte de no man's land social »* (Castel, 2000). La sphère transubjective venant achever l'image de soi-même par l'attribution de significations négatives et stigmatisantes, celles d'un citoyen sans utilité sociale, l'individu humilié et dégradé par son statut social d'assisté n'ayant d'autre possibilité que le recours à l'assistance qui institutionnalise son exclusion (Jodelet, 2008 ; Vandecasteele & Lefebvre, 2006 ; Debordeaux, 1994).

4. Penser et panser les processus de précarisation au travers de l'empowerment

4.1. Penser les processus de précarisation par une approche individualisante de l'empowerment

Castel (1994) propose une théorisation du processus de précarisation autour de quatre *« zones »*, dont Furtos (2000) propose une lecture psychosociale. La zone d'intégration articule

sécurité de l'emploi et supports relationnels solides bien que les personnes connaissent la pauvreté. La zone de vulnérabilité se caractérise par une instabilité chronique des situations, elle associe précarité du travail et fragilité relationnelle, la précarité y est exacerbée. Au sein de la zone d'assistance les objets sociaux sont perdus, en particulier le travail, de façon durable ou momentanée, mais les supports sociaux et les dispositifs d'accompagnement social sont mobilisés même si les personnes sont en proie à des ruptures familiales. La zone de désaffiliation conjugue absence de travail et isolement social, elle est marquée par l'entrée dans l'exclusion. Exclusion de la société salariale et exclusion de soi-même pour éviter la souffrance psychique de ces situations de précarité qui se sont exacerbées dans *« ce basculement dans un mode d'existence qui n'est structuré ni par un rapport continu au travail ni par l'inscription dans des formes stables de sociabilité »* (Castel, 1994). La société précaire contemporaine institue la peur de la perte des objets sociaux comme une préoccupation collective partagée (angoisse de perte du travail, crainte d'être seul, peur du déclassement). Les personnes qui traversent ou subissent ces situations de précarité opèrent des passages incessants d'une zone à l'autre. Ces transitions, ascendantes ou descendantes, peuvent être considérées comme des entre-deux (Sibony, 1991) où la souffrance psychique est contenue ou exclue. L'enjeu au niveau psychosocial dans cet espace-temps transitoire est de progressivement retrouver une capacité à dire, à penser la perte des objets sociaux, à être reconnue dans sa dignité et dans la légitimité de son existence, à être au monde. En effet, en considérant la précarité comme un processus, les situations peuvent être pensées comme réversibles et non dans un état figé. Le cumul des situations de précarité au travers de conditions de vie instables et d'un avenir incertain ne conduit pas nécessairement à l'exclusion, la pauvreté, la désaffiliation (Cazals-Ferré & Llorca, 2004). Les passages entre les

différentes zones constitutives de ce processus de précarisation sont ainsi assimilables à des transitions identitaires qui nécessitent un temps parfois long, morcelé et qui peut s'achever précipitamment lorsque les relations d'aide ou les soutiens sociaux et familiaux s'effritent. Dans ces entre-deux, la structuration d'une demande nécessite de dépasser l'objectivité supposée des besoins et des déterminants de la santé et du bien-être des personnes. Le temps d'élaboration dépend des remaniements intrasubjectifs mais aussi intersubjectifs dans lesquels de nouvelles attentes vont progressivement se penser, s'intégrer dans les systèmes de normes et de valeurs des personnes, et pouvoir être formulées (Durif-Bruckert et al., 2006). Les personnes peuvent ainsi investir des logiques de suradaptation en cultivant une autonomie et leur propre prise en charge, répondant ainsi à une idéologie libérale dans laquelle l'empowerment ou la résilience sont invoqués en engageant la responsabilité et les ressources personnelles (Ehrenberg, 2010 ; Thomas, 2008). Le risque est d'assimiler l'émergence d'une demande et de nouvelles aspirations aux choix individuels et aux seules capacités dispositionnelles, et de faire de l'autonomie une injonction (Sardenberg, 2006, 2009). L'approche par les capacités de Amartya Sen est par exemple largement mobilisée au niveau mondial pour lutter contre la pauvreté dans une logique de gestion des inégalités (Alkire, 2005 ; Calvès, 2009). Les aspects psychologiques sont réduits aux processus cognitifs centrés sur le contrôle, la définition d'objectifs, la maîtrise de soi, les stratégies de faire face (coping), le développement de compétences pour participer à l'économie de marché (Sardenberg, 2009 ; Bacqué & Biewener, 2013). Cette conception libérale et individualisante s'est propagée dans les postures d'accompagnement socio-éducatif d'insertion professionnelle, non sans générer des contradictions. L'idéal de sujets acteurs de leur propre destinée contribue paradoxalement à renvoyer les personnes prises dans des trajectoires de

déliaison et de désinsertion à leurs propres incapacités, attribuant l'impossibilité de participer au jeu social et économique et de saisir les opportunités à des caractéristiques personnelles (Gonin, 2008 ; Fugier, 2018), et ignorant *« le rôle des contraintes sociales, culturelles, institutionnelles et symboliques »* (Apostolidis & Dany, 2014). L'autonomie devient une identité, sans reconfiguration possible, l'adaptation permanente face à l'instabilité des situations vécues. Dans cette perspective, ni la souffrance psychologique inhérente au processus de précarisation, ni la disqualification sociale opérée par la société dans le regard portée à ceux qui vivent ces situations ne sont réellement prises en compte ni reconnues (Furtos, 2011 ; Paugam, 1998).

4.2. Panser les processus de précarisation par une approche relationnelle de l'empowerment

En considérant l'empowerment dans des racines plus radicales et dans une approche relationnelle (Bacqué & Biewener, 2013 ; Mc Whirter, 1991 ; Christens, 2012), l'accent peut être mis sur la reconnaissance des situations d'inégalité et de stigmatisation, des opportunités et ressources existantes dans l'environnement, des conditions d'existence inéquitables suivant la place sociale occupée en tant que femmes, immigrés, ou groupes de personnes appartenant à des communautés minoritaires, attachés à des zones défavorisées, ou à des classes sociales avec un faible niveau d'éducation ou de revenus. Ces approches enjoignent les personnes et les professionnels à se décentrer d'une approche individualisante, coupée des contextes relationnels et des facteurs structurels qui ont un impact direct sur la façon dont les personnes peuvent effectivement exercer une influence sur les situations de précarité qu'elles rencontrent. Dans ce cadre de pensée et d'action, les remaniements des objets

sociaux qui ont été perdus s'inscrivent dans des systèmes de normes et de valeurs qui situent les individus en lien avec leur environnement au niveau microsocial et macrosocial : leurs relations de soutien, les groupes d'appartenance sociale, la structuration de l'aide et de la protection sociale, les possibilités en termes d'accès aux droits et aux soins, l'accès à l'éducation et à la santé (Maton, 2008 ; Albuquerque, 2017). La solidarité, la coopération, le soutien mutuel et le souci de l'autre sont davantage investis (Sardenberg, 2006, 2009). Les possibilités d'agir sont pensées dans de nouveaux espaces relationnels de transmission de ressources informationnelles, matérielles, financières et humaines auxquelles les individus pourront faire appel dans les différents contextes relationnels de leur vie quotidienne (Narayan-Parker, 2005). Au sein des processus de précarisation, l'accent peut être ainsi mis sur la reconnaissance de l'isolement social et de la souffrance psychosociale, mais aussi du capital social des individus, des situations d'aliénation, de discrimination, d'iniquité que rencontrent certaines personnes du fait de leur appartenance à un groupe, et plus globalement des conditions de vie limitantes (Wallerstein, 2006 ; Ninacs, 2002). Dans cette perspective, l'autonomie n'est plus synonyme uniquement d'indépendance, elle s'expérimente dans les espaces relationnels de soutien, de réflexion, et d'entraide dans lesquels de nouvelles normes sociales peuvent être créées à une échelle communautaire (Ehrenberg, 2010 ; Wallerstein, 2006). Les individus peuvent y développer une conscience collective où ils se rendent compte qu'ils ne sont pas les seuls à vivre les difficultés et les obstacles liés à leurs conditions d'existence, et une conscience sociale où ils peuvent appréhender que les problématiques qu'ils rencontrent et leur trajectoire sociale sont directement influencées par la façon dont la société est historiquement organisée (Cavalieri & Almeida, 2018 ; Ninacs, 2003). Cette conscience critique dans leur rapport au monde

contribue à redéfinir une place sociale, à centrer l'attention sur les inégalités et sur une redistribution plus équitable des ressources à différents niveaux (Freire, 1974 ; Albuquerque, 2017). Dans les espaces d'entre-deux transitoires des différentes zones de précarité définies par Castel, les reconfigurations identitaires qui peuvent être à l'œuvre dans cette vision de l'empowerment sont donc ancrées dans les relations et le développement de nouveaux espaces d'appartenance. L'étayage social des situations de précarité vécues participe à ne pas renforcer un processus de déliaison, de régression des liens sociaux par la croyance de s'en sortir sans l'aide des autres, et offre la possibilité de redéfinir une place dans la société (Vandecasteele & Lefebvre, 2006 ; Fugier, 2018 ; Sardenberg, 2009).

Partie 2. Problématique et méthodologie de la recherche

Chapitre 1. Problématique de la recherche

1. L'empowerment : un flou et une richesse sur le plan conceptuel qui ne facilite pas son applicabilité

Le processus d'empowerment se place de ce fait aujourd'hui dans la pluralité de ces usages disciplinaires, sans qu'il n'existe de cadre précis de son application au-delà d'une vision globalisante et parfois a-contextualisée. Il peut paraître en effet étonnant que la notion, alors qu'elle s'est historiquement construite au travers de mouvements sociaux pour la défense des droits civiques des communautés minoritaires, des mouvements féministes, et au travers de l'éducation populaire (Le Bossé, 2003 ; Bacqué & Biewener, 2013 ; Wallerstein, 1994), se soit vue être utilisée et resignifiée dans des domaines très variés tels que le management et la gestion du personnel en entreprise, les sciences économiques et la microfinance dans la lutte contre la pauvreté (Hur, 2006 ; Prévost, 2010 ; Calvès, 2009), ou même au sein des théories et systèmes d'information informatiques qui représentent par exemple 9,95% des publications recensées sur Web of Science en introduisant les termes « process AND empower* ». Cette situation retranscrit cependant le caractère séduisant de l'approche à travers son optimisme assumé qui contribue à idéaliser sa portée, à la fois par l'émancipation individuelle et collective qu'elle promeut, et à la fois par les préoccupations sociales, politiques et éthiques qu'elle porte dans la lutte face aux inégalités sociales et aux systèmes de domination (Kieffer, 1984 ; Jouve, 2006). La pluralité des définitions données à la notion par les chercheurs, qui la

situe comme une théorie, une intervention, un objectif à atteindre, un processus, voire une idéologie (Rappaport, 1987 ; Gutierrez et al., 1995 ; Skene, 2022), ne permet cependant pas de circonscrire un cadre conceptuel très précis et consensuel (Morin, 2019 ; Le Bossé, 2003 ; Israel et al., 1994 ; Mc Whirter, 1991). Son applicabilité, que ce soit dans le champ des pratiques sociales ou de la promotion de la santé, est également limitée par cette ambiguïté et cette richesse conceptuelle persistante (Kieffer, 1984 ; Adams, 2003 ; Israel et al., 1994). A l'inverse, pour Rappaport (1984), l'empowerment peut prendre différentes formes et significations suivant ses contextes d'application sans que cela remette en cause son opérationnalisation. Il est cependant nécessaire de définir le périmètre du cadre (niveau personnel ou psychologique, à l'échelle d'un groupe ou d'une organisation, niveau politique et structurel au travers par exemple de mouvements sociaux) où l'empowerment est promu (Maton, 2008 ; Kleba & Wendausen, 2009), et le cadre théorique des pratiques ou de l'intervention visant son développement (Rappaport, 1987). Zimmerman (1990) insiste de son côté sur la nécessité d'une approche multidimensionnelle de l'empowerment sur le plan psychologique en ne se limitant pas, par exemple, au contrôle perçu des ressources et à ce qui est important pour une personne ou une communauté. Il définit l'empowerment psychologique comme un construit plus large qui englobe l'auto-efficacité perçue dans une situation donnée, le locus de contrôle et la croyance en un contrôle interne, l'estime de soi en tant que perception individuelle de soi et de sa propre valeur. Ces dimensions, qui peuvent valoir comme résultats et comme mesure de l'empowerment, se développent notamment par la participation à des activités collectives ou au sein d'organisations communautaires, et le développement de compétences et d'une conscience critique (Zimmerman, 1990, 1995). A ces dimensions intrapersonnelles qui correspondent à la croyance de pouvoir influencer un

contexte donné, s'ajoutent des composantes interactionnelles et relationnelles qui englobent la compréhension des injustices sociales, les dynamiques de pouvoir au sein des relations, la distribution du pouvoir dans la société et comment cela affecte les possibilités de chacun, ainsi que les ressources et droits nécessaires pour atteindre un objectif donné (Zimmerman, 1995 ; Rappaport, 1987 ; Christens, 2012). Ces aspects reconnaissent la nature profondément sociale du pouvoir et comment les personnes et les groupes peuvent utiliser des instruments qui facilitent l'exercice d'une influence au sein des différents contextes sociaux et des espaces conflictuels dans lesquels elles sont impliquées (Speer & Peterson, 2000 ; Miguel et al., 2015). Ce pouvoir social se construit notamment dans le développement de nouveaux réseaux relationnels, la mobilisation communautaire, le développement de compétences communicatives, et l'engagement dans les changements sociaux jugés importants par le collectif (Christens, 2012 ; Cavalieri & Almeida, 2018). Cette théorisation de l'empowerment sur le plan psychologique souligne finalement à la fois la complexité du concept et son chevauchement avec de nombreux autres construits en psychologie. Le périmètre de la notion reste ainsi flou, de telle sorte que l'empowerment peut rapidement être utilisé comme s'il était synonyme de capacités d'adaptation, d'organisation communautaire, d'efficacité personnelle, ou d'estime de soi (Kieffer, 1984).

2. Comprendre et modéliser le développement du processus d'empowerment : état des connaissances actuelles

Pour autant, comme le souligne Le Bossé (2003) : *« l'observation systématique des réalités associées à ce concept conduit à constater qu'il existe effectivement un noyau dur de*

phénomènes qui témoignent d'un processus commun et d'impacts comparables ». Plusieurs chercheurs ont ainsi proposé des modélisations de l'empowerment, d'un point de vue de ses dimensions, du processus, des différentes étapes de son développement, des composantes des interventions, de sa nature multiniveaux (personnel, communautaire, organisationnel), de l'influence au niveau macrosocial, mésocial, microsocial (politiques socio-économiques, organisations et groupes, intégration et pouvoir des personnes dans leurs contextes de vie), et de ses indicateurs d'évaluation (Zimmerman, 1990 ; Zimmerman, 1995 ; Jennings et al., 2006 ; Cavalieri & Almeida, 2018 ; Lord & Hutchison, 1993 ; Mato & Salem, 1995 ; Hur, 2006 ; Cattaneo & Chapman, 2010 ; Chinman & Linney, 1998 ; Mohajer & Earnest, 2009 ; Wallerstein, 2006 ; Le Bossé et al., 2009 ; Speer & Hughey, 1995 ; Ninacs, 2002 ; Labonté, 1994 ; Albuquerque, 2017). Cavalieri et Almeida (2018) proposent par exemple un modèle générique qui caractérise l'empowerment comme un processus actif, intentionnel, centré sur la communauté et continu dans le temps qui mobilise les ressources personnelles, la participation (sociale, communautaire et organisationnelle) et la conscience critique (collective, sociale et politique). Jennings et al. (2006) ont identifié plusieurs dimensions centrales dans le développement de l'empowerment chez les jeunes : un environnement relationnel sécurisant et stimulant sur le plan psychologique, des possibilités offertes pour développer ses compétences, une conscience critique, des projets, et créer du lien social, un transfert progressif du pouvoir et des responsabilités aux jeunes en favorisant notamment le leadership, une analyse sociétale par le dialogue qui permet la réflexion critique, l'investissement sur les intérêts de la communauté voire sur des objectifs de changement social. Lord et Hutchison (1993) proposent une lecture du processus de développement de l'empowerment au niveau personnel qui permet, par les interactions et l'implication dans des

groupes, de sortir de l'impuissance et de l'isolement social, d'élargir ses choix et opportunités, et d'exercer une influence pour soi-même et les autres dans différents contextes de vie (cf. figure 1).

Figure 1. Éléments du processus d'empowerment personnel* (Lord & Hutchison, 1993)

Faire l'expérience de l'impuissance	Prise de conscience	Apprentissage de nouveaux rôles	Initiation à la participation	Contribuer à la participation
Isolement social	Agir sur la colère	Être en interaction avec les autres	S'impliquer (être enrôlé) dans des groupes	Être un exemple à suivre/source d'inspiration
Dépendance à l'égard des services	S'approprier de nouvelles informations	Mise en relation avec les ressources	S'exprimer (sur ses besoins, son vécu)	Exercer une influence
Choix limités	Faire face à de nouveaux contextes	Elargir les choix/opportunités	Etendre la compétence participative	Accroître l'auto-efficacité

* From Lord, J. (1991). *Lives in transition: The process of personal empowerment*. Kitchener: Centre for Research & Education in Human Services and Ottawa : Disabled Person's Participation Program, Secretary of State.

De son côté, Hur (2006) propose une photographie des éléments du processus d'empowerment dans les différentes disciplines où il est théorisé (sciences politiques, travail social, mouvements féministes, santé publique et promotion de la santé, management et gestion en entreprise, psychologie communautaire) : la prise de conscience d'une réalité

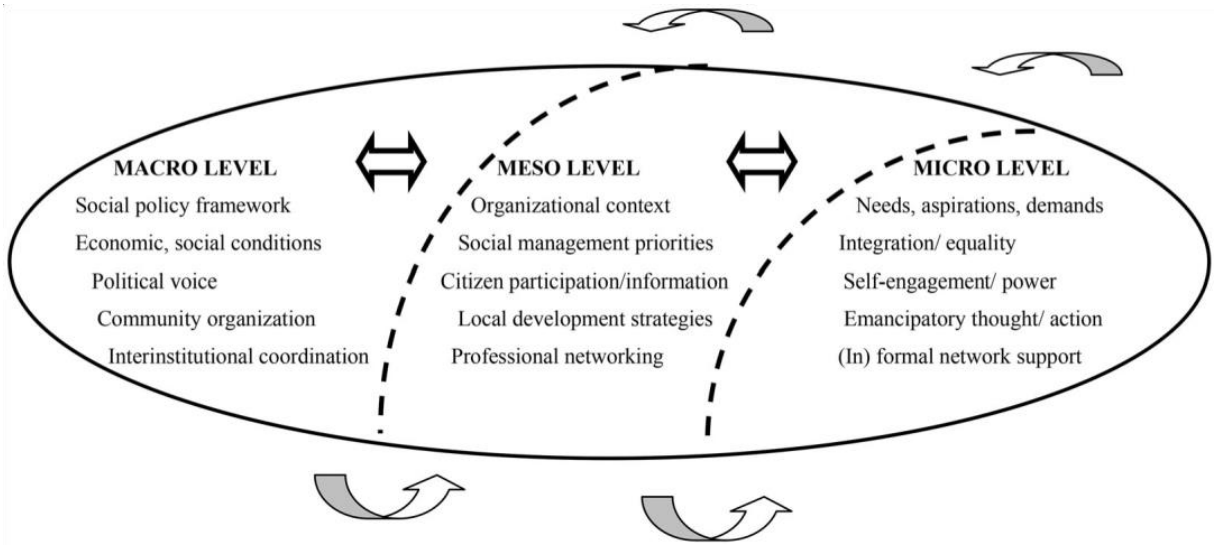
aliénante, les cadres de confiance pour s'exprimer et faire entendre son point de vue, le développement de connaissances, de compétences, et de l'esprit collectif, la mobilisation et les liens communautaires qui favorisent la participation, les différentes formes de soutien social, le partage d'informations, la conscientisation et la confrontation aux logiques de pouvoir et de conflits, l'encouragement à la participation politique et citoyenne pour favoriser la transformation sociale et la libération. Maton et Salem (1995) ont, eux, identifié un ensemble de caractéristiques organisationnelles pour favoriser l'empowerment communautaire : le développement d'un système de représentations et de croyances qui investit l'idée du groupe et du collectif (vision partagée, valorisation des capacités et des ressources au sein du groupe), des multiples possibilités d'apprentissage et de réflexion, le développement de relations source de soutiens variés par les pairs ou des mentors, le développement de leaderships inspirants et la possibilité d'exercer de nouveaux rôles sociaux, la capacité à être en conflit, à développer des coopérations avec des partenaires sur de nouveaux domaines, et l'investissement progressif d'objectifs centrés sur des changements sociaux. Dans le même ordre d'idées, Wallerstein (2006) a identifié cinq catégories de facteurs d'une intervention visant l'empowerment : l'accès aux informations, la planification et l'action au niveau personnel ; des environnements soutenants par le dialogue, l'appui sur les connaissances et compétences des personnes, et les groupes d'auto-support ; la participation et l'action au niveau de la communauté facilitées par le développement du leadership, la prise de décision collective et le développement de compétences organisationnelles ; l'implication des usagers dans les structures sociales, de soins primaires et les services de santé ; la réorientation de politiques publiques favorables à la santé (actions collectives, transfert de pouvoir, promotion de la transparence). Labonté (1994) cible également cinq stratégies

principales dans les pratiques de promotion de la santé relevant de l'empowerment : les soins personnalisés centrés sur les personnes, le développement par le groupe, les organisations communautaires, les plaidoyers et la défense des intérêts des coalitions formées, l'action politique.

Les modélisations proposées par Zimmerman (1990), Chinman et Linney (1998), Mohajer et Earnest (2009) et Albuquerque (2017) suggèrent pour leur part différentes étapes du processus d'empowerment : le besoin d'expérimenter de nouveaux rôles sociaux pour permettre l'intériorisation d'une nouvelle identité sociale moins dévalorisante ; l'inclusion dans des interactions et des espaces de participation qui valorisent les personnes et permettent le dialogue, la problématisation, et la définition de priorités ; l'analyse des déterminants sociaux d'un point de vue objectif, des contextes de vie, et des opportunités perçues d'un point de vue subjectif ; l'apprentissage de nouvelles compétences et d'une conscience critique ; la perception d'un meilleur contrôle sur leurs situations vécues et la projection d'un futur porteur d'espoir ; le développement de liens sociaux et une meilleure connexion aux institutions ; l'implication dans la communauté ou le collectif en train de se former. Cattaneo et Chapman (2010) proposent une vision plus simplifiée, proactive et itérative du processus d'empowerment dans lequel une personne en manque de pouvoir se fixe un objectif personnel significatif pour elle-même, agit pour atteindre cet objectif, mesure et conscientise l'impact de son action, son auto-efficacité, ses connaissances et les compétences développées. Le Bossé et al. (2009) ont formalisé un modèle plus complexe qui englobe l'empowerment au niveau individuel et collectif, et qui prend en compte les éléments de contexte qui favorisent les opportunités de changement et la disponibilité des ressources, éléments essentiels pour permettre le désir de changement. Speer et Hughey (1995) et Ninacs

(2002) centrent leur attention sur les aspects multiniveaux de l'empowerment en spécifiant les éléments de processus au niveau individuel, communautaire et organisationnel. Le niveau individuel englobe le droit à la parole, la reconnaissance de sa propre valeur et de ses compétences, la réflexion critique, la création de nouvelles relations, le développement d'une conscience collective (je ne suis pas le seul à avoir ce problème), sociale (les problèmes individuels ou collectifs sont influencés par la façon dont la société est organisée) et politique (la solution des problèmes d'ordre structurel passe par le changement social). Le niveau communautaire se caractérise par un dialogue possible dans les espaces participatifs, l'établissement d'un diagnostic partagé par les membres, un sentiment d'appartenance collective, la coopération avec d'autres organisations (institutions, associations, autres coalitions) et sur d'autres secteurs, la planification d'actions pour modifier les problématiques existantes. Le niveau organisationnel se centre sur le développement d'espaces participatifs, la formalisation des relations inter-organisationnelles, l'encouragement des structures démocratiques où les personnes peuvent participer à la prise de décisions sur les problématiques qui les concernent. Enfin, de manière plus large, Albuquerque (2017) propose une lecture de l'empowerment au sein des pratiques sociales en tenant compte des niveaux macro (politiques sociales, conditions socio-économiques, coordination interinstitutionnelle, organisations communautaires existantes), méso (culture de la participation citoyenne, réseaux professionnels existants, développement de stratégies locales, comment les priorités sont définies à l'échelle d'un territoire), et micro (modalités de prise en compte des besoins, aspirations et demandes des personnes, intégration et équité sociale, réseaux de soutiens formels et informels, représentations du pouvoir entre engagement personnel et pensée émancipatrice) (cf. figure 2).

Figure 2. Les niveaux macro, méso et micro dans la théorie et la pratique du travail social. (Albuquerque, 2017).



Source : Élaboration des auteurs.

3. Un concept dynamique et sensible aux contextes

La diversité des domaines dans lesquels l'empowerment est mobilisé ainsi que la richesse conceptuelle et la pluralité des modèles d'analyse proposés invitent à spécifier les éléments de processus en fonction des contextes d'intervention. D'une part, pour éviter l'écueil de réduire le processus de développement de l'empowerment à un niveau individuel et intrapsychique d'analyse, d'autre part car sa conceptualisation s'incarne dans une interaction permanente entre les individus et leurs environnements culturellement et contextuellement situés (Zimmerman, 1990 ; Doise, 1980). Le développement des personnes se pense de manière holistique, transactionnelle et spécifique au contexte (Christens, 2012). Les trois niveaux d'empowerment (personnel, communautaire, organisationnel) sont interdépendants et invitent la recherche à considérer comme unité d'analyse de base *« la personne dans son*

environnement » (Lord & Hutchison, 1993). Le processus d'empowerment se déroule dans la vie quotidienne des personnes où elles peuvent reconnaître et expérimenter de nouvelles potentialités qui permettent la croissance des capacités individuelles et collectives. Cette croissance a lieu dans le contexte social des espaces relationnels où des soutiens diversifiés peuvent se dessiner et où des espaces de participation collectifs peuvent être investis. Ces possibilités sont dépendantes de l'environnement structurel dans lequel les individus et les groupes vont pouvoir avoir plus d'options dans leur choix et plus de ressources disponibles face aux difficultés et problématiques rencontrées (Kleba & Wendausen, 2009). Ainsi il est nécessaire de resituer systématiquement le développement de l'empowerment dans les contextes territoriaux, sociétaux, sociaux et organisationnels dans lesquels les interventions se réalisent. Même si des principes généraux et des mécanismes psychosociaux stables peuvent être observés et guidés par les pratiques visant l'empowerment, tous les contextes relationnels et politiques d'une société donnée ne permettent pas la même croissance du processus. L'émancipation des femmes en Inde (Batliwala, 2007), la libération des communautés rurales pauvres en Amérique Latine (Freire, 1974), la promotion de la santé et l'accès aux droits des publics en situation de précarité en Occident (Wallerstein, 2006) concourent à spécifier les processus relationnels, les obstacles et opportunités sur le plan structurel situés au sein des contextes socio-historiques dans lesquels les inégalités se sont construites. Une analyse psychosociale du processus d'empowerment ne peut donc faire fi des systèmes de valeurs et de normes qui conditionnent l'asymétrie des relations (suivant le genre, le statut social, son groupe d'appartenance) et qui influencent directement la façon des personnes de percevoir les opportunités et possibilités pour exercer une influence sur leur environnement. Le développement des capacités des personnes s'inscrit donc inévitablement

dans les milieux dans lesquels elles vivent, des possibilités d'action perçues et construites dans les différents contextes sociaux (famille, travail, communautés), de l'évolution des relations affectives et sociales, et des rapports de pouvoir régulant l'espace social et qui structurent la société (Morin & Apostolidis, 2002). Pour exercer un meilleur contrôle sur leur environnement, les individus ont besoin de comprendre les normes et valeurs d'un contexte particulier (exemple : la relation à un professionnel de santé), puis d'identifier et de mobiliser les ressources disponibles. Ces compétences peuvent être développées seulement dans les contextes où les personnes ont l'occasion de participer à la prise de décision sur les choix qui les concernent (Zimmerman, 1990). L'empowerment ne peut donc s'entendre comme un processus où l'individu serait seul pour accroître ses habiletés, indépendamment de tout contexte qui favorise ou inhibe les possibilités d'action des individus ou des groupes. Pour Le Bossé (2003), l'empowerment doit être pensé comme *« un processus interactif »* qui s'exprime *« toujours sous une forme très concrète et très contextualisée »*. Analyser les mécanismes en œuvre dans le développement de l'empowerment nécessite ainsi de se démarquer d'une psychologie individualiste et a-contextualisée qui tend à expliquer les inégalités par les seules variables intra-individuelles (Santiago-Delfosse & Chamberlain, 2008), encouragée par la valorisation récente de l'autonomie comme valeur qui se traduit par exemple par des attentes d'une plus grande responsabilité sur sa santé, son existence, face à la maladie (Fainzang, 2004 ; Gonin, 2008). Riger (2002) souligne ainsi dans quelle mesure la perspective cognitiviste a tendance à minimiser l'influence des facteurs structurels, situationnels ou sociaux et de privilégier l'analyse des processus intrapsychiques qui influencent le comportement humain. Or, pour les intervenants qui visent le développement des individus et des groupes en ciblant prioritairement voire exclusivement les ressources

psychologiques internes et les capacités individuelles des personnes, ils prennent le risque de déconnecter les choix et comportements de leur contexte socio-politique dans lequel ils s'inscrivent et d'avoir ainsi un impact moindre sur le bien-être, la santé et la qualité de vie des personnes (Israel et al., 1994). L'absence de ressources a toujours une origine structurelle qui implique d'inscrire les possibilités de développement de l'empowerment avec les insuffisances systémiques de la société (Ninacs, 2002).

4. Objectifs et opérations de recherche du travail de thèse

L'objectif de ce travail doctoral est de proposer une compréhension du processus d'empowerment en contexte de précarité et de rendre compte des logiques psychologiques et sociales qui président à son développement. L'ensemble de la recherche se construira à partir de connaissances empiriques tout d'abord recensées sur le plan international, puis recueillies au sein de démarches évaluatives en promotion de la santé en France. La combinaison des différents éléments empiriques et leur analyse d'un point de vue psychosocial permettront de générer des propositions théoriques et pratiques (Corbin & Strauss, 1990 ; Eisenhardt, 1989) en articulant différents niveaux d'analyse (Doise, 1982), et en tentant de circonscrire le phénomène d'empowerment sous l'angle du développement des subjectivités individuelles et collectives (Jodelet, 2011). Ce travail de thèse s'inscrit dans une approche holistique et constructiviste qui cherche à mieux déterminer la dimension sociale dans le processus d'empowerment au sein des espaces relationnels et participatifs qui sous-tendent son développement. L'intention est, d'une part de parvenir à mieux comprendre comment les personnes et les groupes impliqués dans des interventions ou pratiques visant

l'empowerment développent un pouvoir (Kleba & Wendausen, 2009), et d'autre part d'éclaircir comment le processus d'empowerment s'initialise et se construit dans le temps (Zimmerman, 1995 ; Maton & Salem, 1995), en particulier au sein des cultures professionnelles et organisationnelles françaises dans lesquelles la participation est encouragée (Porcherie et al., 2017 ; Carrel & Rosenberg, 2014). La littérature offre en effet très peu de repères d'un point de vue théorique et pratique, sur les plans psychologique et social, pour mettre nouvellement en œuvre des approches visant le développement de l'empowerment.

Une première opération de recherche visera ainsi, par une revue de la littérature, à recenser les interventions et pratiques centrées sur le processus de développement de l'empowerment des individus et des groupes en contexte de précarité sur le plan international. Les objectifs seront de spécifier les caractéristiques des interventions recensées, de délimiter les étapes au sein du processus d'empowerment, et d'appréhender les mécanismes psychosociaux en jeu.

Deux autres opérations de recherche analyseront le processus d'empowerment en contexte français et marseillais au travers de l'évaluation de deux interventions en promotion de la santé qui visaient à permettre aux individus, pris dans des trajectoires de précarité ou appartenant à des zones défavorisées, d'améliorer leur appréhension de leur bien-être, de leur santé et de leur existence (Potvin et al., 2008 ; Wallerstein, 2006 ; Zimmerman, 1995) : les ateliers *« Santé et Citoyenneté en direction des résidents des centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) »*, et le programme visant à réduire les inégalités de santé *« La santé à Saint-Mauront Belle-de-Mai : On s'y met tous ! ».*

Au sein de l'évaluation du programme sur les quartiers de Saint-Mauront et Belle de Mai, l'attention a été portée dans le cadre de ce travail doctoral sur l'analyse du développement

de la démarche communautaire, et ce pendant plusieurs années, ce qui permettait de mettre en valeur la richesse et la complexité de ce type d'intervention (Craig et al., 2008 ; Potvin & Richard, 2001 ; Roussos & Fawcett, 2000). Les objectifs seront d'une part de comprendre le déroulement du processus participatif opéré sur le territoire dans le lien entre habitants, professionnels et représentants institutionnels, et d'autre part d'explorer les significations construites sur cette démarche de santé communautaire par la diversité des acteurs impliqués dans les différents espaces d'interactions et de participation.

De façon similaire, les objectifs de l'étude sur les ateliers *« Santé Citoyenneté »* seront dans un premier temps d'explorer et de détailler l'agencement des différents éléments clés du processus participatif de l'action, puis d'analyser la dynamique de ce processus sous l'angle de l'empowerment, et dans une perspective psychosociale. L'étude s'est réalisée sur plusieurs CHRS à Marseille ce qui permettra de produire des propositions théoriques sur plusieurs niveaux d'analyse par la compréhension du processus d'empowerment à l'œuvre dans les ateliers au sein de différents contextes (Alexandre, 2013 ; Gombault, 2005 ; Stake, 2006 ; Yin, 2009).

Plusieurs enjeux traversent ce travail doctoral. Tout d'abord, son caractère exploratoire, contextualisé, et empirique permettra d'articuler une lecture psychosociale des situations de précarité vécues et une analyse processuelle de l'empowerment, à rebours des approches individualisantes actuelles centrées sur les processus cognitifs qui négligent le rôle du contexte social et les facteurs structurels qui conditionnent les rapports sociaux dans une société donnée (Lord & Hutchison, 1993 ; Rappaport, 1987 ; Riger, 2002). Un deuxième enjeu sera de resituer l'empowerment comme un espace de possibilités construit dans l'espace social des relations à autrui et des liens intersubjectifs. La participation y revêt un aspect

central qui enjoint à spécifier le processus participatif des deux interventions marseillaises. Le développement de l'empowerment y est analysé de manière holistique et spécifique au contexte des interventions (Christens, 2012), notamment d'un point de vue des cultures professionnelles et organisationnelles, des conditions d'existence des personnes prises dans des trajectoires de précarité, et de la capacité des différents acteurs d'investir les espaces participatifs. Enfin, ce travail doctoral pourra contribuer à préciser l'opérationnalisation du concept d'empowerment dans les champs de la promotion de la santé et des pratiques sociales, ainsi que son périmètre d'un point de vue théorique en psychologie. Le concept ayant une portée multidimensionnelle qui nécessite pour les chercheurs de mieux circonscrire un cadre de pensée et d'analyse au-delà d'une vision globalisante et parfois a-contextualisé qui génère son flou et son ambiguïté, au risque d'en faire une notion galvaudée (Calvès, 2009 ; Le Bossé, 2003 ; Morin, 2019).

Chapitre 2. Méthodologie de la recherche

1. La nécessité d'une démarche de recherche holistique

La pluralité des modèles sur l'empowerment invite les chercheurs et les praticiens à développer une vision holistique des pratiques et interventions dans lesquelles l'empowerment est investi. Si l'empowerment s'entend comme un large processus de développement des capacités et de mobilisation des ressources des individus, des groupes et des organisations, encore faut-il leur permettre de comprendre les normes, valeurs et croyances des différents systèmes dans lesquels ils sont insérés. Pour les intervenants eux-mêmes, il est souvent bien difficile d'identifier l'ensemble des ressources et obstacles d'une communauté sans impliquer les membres de cette communauté dans l'analyse des problématiques vécues (Shankland et al., 2009). L'approche communautaire en promotion de la santé offre ainsi un cadre d'intervention qui permet l'analyse des ressources et obstacles sur différents déterminants sociaux de la santé avec les personnes concernées (Hyppolite & Parent, 2017). Elle propose une vision holistique et systémique des problématiques sans imputer aux individus la responsabilité de leur situation, et en reconnaissant leur vulnérabilité sociale dans les situations de précarité ou dans les rapports d'oppression qu'ils subissent. Elle s'organise le plus souvent dans un cadre territorial ou organisationnel où les personnes partagent des mêmes conditions d'existence et peuvent se constituer en collectif *« en raison d'une communauté de sort comme dans les cas des situations de précarité »* (Jodelet, 2011). Cette vision holistique et systémique issue de la psychologie communautaire part du postulat que c'est par l'élaboration autour de l'expérience vécue des personnes que l'interdépendance

des différents systèmes va pouvoir être mise en forme et pensée, et permettre d'articuler les éléments structurels et macrosociaux (politiques sociales, coordination intersectorielle, cadres favorisant la participation) avec les éléments de leurs différents milieux de vie (familles, relations sociales, intégration professionnelle, espaces de participation, communautés) dans lesquels les personnes peuvent percevoir des possibilités de changement social, s'indigner, et développer des pratiques d'action communautaire (Hyppolite & Parent, 2017 ; Saïas, 2009 ; Skene, 2022). En partant de l'hypothèse qu'en ouvrant la compréhension de la vie quotidienne des personnes dans les différents contextes où elles sont insérées il est possible d'y analyser l'interconnexion des déterminants de leur bien-être et de leur santé à différents niveaux d'analyse, l'approche holistique est la démarche la plus appropriée pour étudier le phénomène d'empowerment qui peut en émerger. Au sein des démarches de santé communautaire, elle prend racine dans l'étude de l'intersubjectivité, c'est-à-dire à partir du moment où on permet aux personnes de mettre en mots leur vie quotidienne et de la confronter avec d'autres qui partagent des mêmes conditions d'existence (Gillespie & Cornish, 2010).

2. L'intérêt de travaux empiriques et contextualisés aux situations de précarité vécues

Zimmerman (1995), qui a proposé une des conceptualisations les plus abouties de l'empowerment, préconisait d'investir davantage des travaux empiriques pour aider à développer la théorisation du concept, du point de vue des résultats mais aussi du processus d'empowerment. Maton et Salem (1995) soulignaient en effet que la base empirique est assez limitée concernant le processus d'empowerment et sur les éléments contextuels, notamment

sur le plan organisationnel, qui favorisent ou freinent son développement. Une première partie de ce travail doctoral consistera ainsi à recenser par une revue de la littérature scientifique les interventions et pratiques qui visent à développer l'empowerment des individus et des groupes en contexte de précarité sur le plan international. Partant du constat partagé qu'il n'existe pas à ce jour de cadre de connaissances permettant aux chercheurs mais aussi aux praticiens de saisir l'ensemble des éléments psychosociaux sur le processus d'empowerment (Bartle, 2002 ; Le Bossé, 2003 ; Hur, 2006 ; Maton, 2008 ; Zimmerman, 1995), ce travail de synthèse de la littérature vise à permettre de mieux spécifier le processus d'empowerment dans les multiples situations de précarité que vivent les individus et les communautés dans différents contextes sociaux et politiques. Cette revue de la littérature sera contextualisée aux publics en situation de précarité, soit du fait de trajectoires de précarisation, de l'appartenance à des groupes opprimés et en situation de précarité, soit du fait de leur inscription sociale dans des territoires défavorisés avec tout ce que cela comporte comme stigmates et dévaluations de soi. Sur le plan macrosocial et mésocial (Serpa & Ferreira, 2019), les interventions et pratiques visant le développement de l'empowerment peuvent amener les personnes à déconstruire les facteurs d'oppression (liés au genre ou au statut socio-économique par exemple) qui bloquent la participation, ou les relations asymétriques avec les professionnels au sein desquelles elles ne parviennent pas à se faire entendre (Albuquerque, 2017). Sur le plan psychologique et social, les situations de précarité vécue de manière répétée génèrent impuissance, repli sur soi et une perte de pouvoir et d'espoir sur les possibilités d'améliorer leurs conditions d'existence (Castel, 2000 ; Furtos, 2000 ; Israel et al., 1994 ; Zimmerman, 1990). Ces situations de désarroi et d'isolement social marquées par le manque de soutien et une usure psychologique atteignent la dignité des personnes qui sont

maintenues dans un état de dépendance aux services et à la protection sociale (Lord & Hutchison, 1993). Le processus de précarisation s'accompagne d'une perte des capacités de subjectivation, c'est-à-dire d'attribuer des significations aux expériences vécues, où *« le sujet semble pris dans un cercle vicieux où la pauvreté des dynamiques intersubjectives et/ou leur nature essentiellement aliénante à travers l'assignation à une identité négative alimentent l'exclusion du sujet, qui tend à s'exclure lui-même des liens avec les autres »* (Vandecasteele & Lefebvre, 2006). Dès lors, l'exploration de la littérature permettra de mieux comprendre les différents éléments du processus d'empowerment dans différents contextes marqués par la précarité, ainsi que de tenter de circonscrire le phénomène sous l'angle du développement des subjectivités individuelles et collectives. En effet, alors que la grande majorité des études mettent l'accent sur la compréhension des processus cognitifs sur le plan psychologique ou associe l'empowerment au contrôle personnel (Cattaneo & Chapman, 2010 ; Hur, 2006 ; Lord & Hutchison, 1993 ; Rappaport, 1987 ; Rigger, 2002), l'intérêt de la contextualisation du processus d'empowerment aux situations de précarité est d'en apercevoir les possibilités de construction des subjectivités, qu'elles soient individuelles ou collectives, au travers notamment d'interactions plus équitables, de la compréhension des déterminants sociaux les plus significatifs du bien-être des personnes dans leur vie quotidienne, et du développement de la conscience critique sur les inégalités sociales et les structures d'oppression (Albuquerque, 2017 ; Kleba & Wendausen, 2009 ; Tengland, 2008).

3. Comprendre et modéliser le développement du processus d'empowerment en contexte de précarité

La deuxième partie de ce travail de thèse portera son attention à deux études empiriques en France, à Marseille.

Le programme *« La santé à Saint-Mauront Belle-de-Mai : On s'y met tous ! »* visait à réduire les inégalités sociales de santé en développant sur deux quartiers de la ville de Marseille un ensemble coordonné d'actions de promotion de la santé agissant simultanément sur plusieurs déterminants de santé, en direction des enfants et des familles démunies. Une des principales originalités du programme était de combiner une démarche ascendante, en amorçant par plusieurs actions une démarche communautaire associant habitants, professionnels et institutions, et une démarche descendante par la planification en amont d'actions de santé publique. Il conjuguait ainsi les deux logiques préconisées dans les démarches territoriales de santé (Basset, 2008). Portée initialement par l'ARS PACA, l'expérimentation principale du programme s'est déroulée de juin 2008 à juillet 2011, puis s'est étendue sur trois nouvelles années avec la définition de nouveaux objectifs et un pilotage plus local (pilotage conjoint direction territoriale de l'ARS, Ville de Marseille et chef de projet Politique de la ville). Les quartiers Saint-Mauront et Belle de Mai du 3ème arrondissement de Marseille ont été ciblés du fait de leur grande vulnérabilité. Avec 26 813 habitants, la population comptait en 2008 une part importante de mineurs avec 33,8% pour Saint-Mauront et 27,8% pour Belle de Mai, contre 21,9% pour l'ensemble de la Ville de Marseille. Le secteur était un territoire privilégié d'accueil de nouveaux habitants (+ 42% de populations étrangères de 1990 à 1999), en particulier de ménages venant de l'étranger (primo-arrivants). Saint-Mauront comptait ainsi

21% de personnes de nationalité étrangère, et le quartier Belle de Mai 15% (contre 7,7% à Marseille ; 5,9% en France en 2010). Avec 51% de personnes qui vivaient sous le seuil de pauvreté en 2011 (982 € par mois par unité de consommation) contre 25,3 % à Marseille (13,6% en France), les quartiers Saint-Mauront et Belle de Mai comptaient parmi les territoires les plus précaires de la commune et du pays. Le revenu médian était, en 2009, de 8624 euros annuels par unité de consommation pour la Belle de Mai et de 5955 euros pour Saint-Mauront (16 456 euros pour Marseille en 2010, 18 355 en France). 36,1% des enfants à charge de moins de 25 ans dépendaient d'un foyer à bas revenus (revenu inférieur à 982 € par unité de consommation en 2011), taux parmi les plus élevés des quartiers de Marseille où il était en moyenne de 19,4%. Marseille reste, parmi les grandes villes françaises, celle où se concentre le plus de pauvreté (Brunner & Maurin, 2019). 5 des 16 arrondissements marseillais dans le centre et le nord de la ville (1er, 2e, 3e, 14e et 15e) figurent dans les 20 communes françaises les plus défavorisées avec des taux de pauvreté dépassant les 39%. Il était de 53% dans le 3ème arrondissement en 2019, taux le plus élevé en France. Parmi les personnes couvertes par l'assurance maladie (régime de base) sur les deux quartiers, la part des assurés non couverts par une complémentaire santé était de 28,3% soit 6993 personnes en 2008 au démarrage du projet. 6% des ménages en France déclaraient ne pas avoir de couverture santé, ce taux de non-couverture était de 12 % chez les plus modestes (moins de 870 € par unité de consommation en 2008). Les quartiers Saint-Mauront et Belle de Mai sont des quartiers péricentraux de Marseille marqués par la vétusté de leur habitat, l'insalubrité des logements, et le morcellement de leur espace causé par les infrastructures de transport. Marseille peut de ce fait être considérée comme une ville ségréguée et fragmentée, où cohabitent les populations les plus riches de France ainsi que celles les plus pauvres selon les

arrondissements et les quartiers, où certains équipements publics ont été délaissés au cours du temps (Dorier & Dario, 2020). Le logement reste un déterminant majeur de la santé et du bien-être des habitants. D'un point de vue plus qualitatif, la parole des habitants sur le 3ème arrondissement, avant le démarrage du programme, était assez révélatrice de l'importance, à leurs yeux, des problèmes de santé, physiques et moraux, découlant des facteurs environnementaux (insalubrité, pollution de l'air, bruit, absence d'espaces verts). Les problèmes de santé liés aux conditions de logement constituaient une des préoccupations majeures des habitants, confirmés par les acteurs de terrain. Au sein du programme *« La santé à Saint-Mauront Belle-de-Mai : On s'y met tous ! »*, une équipe projet a été constituée avec les institutions (ARS siège et délégation territoriale des Bouches du Rhône de l'ARS, Ville de Marseille, Inspection Académique, Conseil Général 13, Politique de la Ville, Caisse Primaire d'Assurance Maladie, Caisse d'Allocations Familiales, Direction Régionale du Service Médical, Assistance Publique Hôpitaux de Marseille, Préfecture) et les associations (Université du Citoyen, Mouvement Français pour le Planning familial 13, CODES 13) qui s'étaient engagées dans la conception du projet. Une démarche de santé communautaire a été développée au sein du programme autour notamment de plusieurs assemblées d'habitants puis de la formalisation d'un réseau de santé communautaire. C'est à l'intérieur de l'ensemble de ces espaces d'interactions réels qu'ont pu se développer des relations de confiance entre les membres aux appartenances et positions sociales variées (habitants, professionnels, institutionnels). L'étude de cas de ce programme territorial de promotion de la santé offre un regard rare en France où les démarches de santé communautaire restent peu visibles et rarement évaluées (Grenier et al., 2017 ; Saïas, 2009 ; Shankland et al., 2009). La politique de la ville, institutionnalisée par l'Etat depuis les années 1980 dans les quartiers défavorisés vise

à encourager et à soutenir ces démarches participatives territoriales, dans la lutte contre les inégalités sociales sur de nombreux déterminants sociaux : emploi, réussite éducative, amélioration du cadre, accès à la santé et à la culture (Kirszbaum, 2010). Pour autant, la participation des citoyens reste souvent décevante et pensée autour de la concertation, du partenariat, sans qu'une véritable approche ascendante où les priorités et les projets sont définis par les habitants eux-mêmes soit réellement mise en œuvre (Bacqué & Mechmache, 2013 ; Bacqué & Sintomer, 2005 ; Jourdan et al., 2012).

L'esprit de l'évaluation du programme s'inscrivait ainsi dans la vision holistique de l'intervention communautaire en promotion de la santé où l'unité d'analyse est la communauté dans son ensemble et non les individus (Hills et al., 2004). A l'interconnexion des déterminants sociaux se joignait un regard global sur l'interdépendance des composantes du programme et sur l'expérience vécue des acteurs au sein de cette démarche de santé communautaire (Jodelet, 2007 ; Saïas, 2009).

Cette double approche qualitative et immersive permettait d'une part de saisir *« les processus et les échanges verbaux qui se développent dans diverses situations d'interaction »* (Jodelet, 2003) dans l'analyse collective des problématiques du territoire et dans la construction de plans d'action pour agir sur différents déterminants sociaux de la santé et du bien-être des familles des deux quartiers. Elle offrait d'autre part l'occasion de comprendre comment les acteurs engagés dans la démarche de santé communautaire concouraient à construire une vision commune de la participation (Abric, 1994), ou comment l'expérience communautaire et intersectorielle s'ancrait dans des univers professionnels distincts et des buts poursuivis différents selon les milieux d'appartenance des acteurs interrogés (Moliner et al., 2002). La position épistémologique se voulait donc constructiviste en cherchant à comprendre

comment les acteurs se représentaient cette démarche communautaire et intersectorielle (Martineau, 2005), et comment un processus d'empowerment se construisait au cours du temps (Maton & Salem, 1995 ; Zimmerman 1995).

La deuxième étude empirique sur le territoire marseillais concerne l'évaluation du processus participatif de l'action *« Santé et Citoyenneté en direction des résidents des centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) »*. L'action, mise encore en place aujourd'hui sur plusieurs structures sociales ou CHRS à Marseille, s'organisait au travers de dix ateliers *« Santé Citoyenneté »* collectifs réalisés auprès des résidents auxquels s'ajoutait un travail d'élaboration, de suivi et de réflexion avec les équipes et direction des CHRS pour penser la démarche participative en train de se faire. Dispositifs parmi les plus anciens en France dans le champ de l'insertion, les CHRS ont pour mission d'héberger et d'accompagner des personnes ou des familles connaissant de graves difficultés, notamment économiques, familiales, de logement, de santé ou d'insertion, en vue de les aider à accéder ou à recouvrer leur autonomie personnelle et sociale (Mainaud, 2012). Ils constituent 59,4% des places d'hébergement et de logement adapté (Cours des comptes, 2011). Malgré la tension du marché du logement au fil des années, les difficultés d'accès au logement social, l'accroissement du chômage, et la précarisation du travail, *« l'accès à l'hébergement social continue d'imposer la présentation d'un projet d'insertion »* (Bregeon, 2009). L'accompagnement social réalisé dans les CHRS continue ainsi à se centrer sur les caractéristiques individuelles des individus avec le risque que l'injonction au travail soit intériorisée par les personnes comme une preuve de leurs incapacités. Ce suivi interindividuel, auxquels s'ajoutent ces dernières années le développement très diversifié d'actions socio-éducatives ou de services en CHRS, permettent néanmoins potentiellement de maintenir ou

de reconstruire *« des soutiens à la fois relationnels et occupationnels pour arracher à l'exclusion »* (Castel, 1994), à défaut de réelle possibilité d'une insertion durable par le travail. Les ateliers *« Santé Citoyenneté »* constituaient au sein des CHRS des espaces d'expression collectifs qui cherchaient à reconnaître le savoir de chacun, à faciliter l'expression des difficultés et questionnements sur les questions de santé et de ses déterminants (logement, accès aux droits, gestion du stress). Une des stratégies centrales de l'action était de faciliter la disponibilité des ressources par la mobilisation de professionnels du secteur sanitaire, social ou juridique sur les priorités auxquelles les personnes souhaitent exercer un plus grand contrôle (le surendettement, la place des religions, comment manger équilibré avec un petit budget, les expériences de discrimination). Ces ateliers constituaient à ce titre des lieux d'observation privilégiés des mécanismes de développement de l'empowerment des personnes en situation de précarité, qui plus est en France, où les pratiques participatives en promotion de la santé et au sein des pratiques sociales sont encouragées mais peu visibles, institutionnalisées et valorisées (Carrel & Rosenberg, 2014 ; Hyppolite & Parent, 2017). La démarche empirique s'est constituée au travers d'une étude de cas multiple sur quatre CHRS à Marseille sur les années 2011 et 2012. Pensée dans une stratégie de recherche à but exploratoire, elle a suivi une logique inductive et constructiviste (Gombault, 2005) en cherchant à décrire comment le processus participatif se construisait dans chaque contexte et s'actualisait au niveau des subjectivités individuelles et collectives. Le but étant d'en dégager les éléments du processus d'empowerment les plus importants ainsi que d'en comprendre les mécanismes psychosociaux à l'œuvre dans les situations de vulnérabilités vécues par les personnes. La multiplicité des sites permettait d'asseoir les propositions théoriques qui se sont dégagées (Hamel, 1989), et d'appréhender le processus d'empowerment dans sa

globalité en le découpant en unités d'analyse (Eisenhardt, 1989). Cette approche holistique a ainsi permis de générer des propositions théoriques sur les mécanismes psychosociaux de développement de l'empowerment dans le processus participatif analysé de l'action sur plusieurs niveaux d'analyse et de mieux déterminer la dimension sociale dans le processus d'empowerment (Doise, 1982 ; Jodelet, 2011).

Partie 3. La compréhension du processus d'empowerment en contexte de précarité

Chapitre 1. Revue de la littérature sur le processus d'empowerment

1. Objectifs de l'étude

De nombreuses études peuvent être recensées sur le processus d'empowerment. Une requête associant « process AND empower* » sur la base de données Web of Science aboutit à 22,585 publications. Parmi elles, 2022 concernent la recherche en éducation (9%), 1904 la santé publique (8,4%), 975 les soins infirmiers (4,3%), 932 les sciences sociales (4,1%), 667 le travail social (3%), et 561 les différents domaines de la psychologie (2,5%). Le développement de l'empowerment trouve en effet son origine dans l'approche éducative des adultes de conscientisation de Paulo Freire au Brésil. Elle s'inscrit dans la conscience des rapports de domination et des mécanismes d'aliénation par l'oppression de rapports de pouvoir que subissent les personnes issues des milieux ruraux brésiliens défavorisés (Bacqué & Biewener, 2013 ; Calvès, 2009). La finalité est la libération et l'émancipation des individus et des communautés opprimés par la conscientisation des multiples problématiques vécues, et comment ces dernières s'ancrent dans les rapports sociaux et les inégalités d'une société donnée (Freire, 1974). Par le contact avec d'autres personnes qui vivent dans des circonstances similaires, l'appréhension des dynamiques oppressives qui restreignent l'accès aux ressources, et le courage de s'engager dans des espaces de dialogue sur leur quotidien, les personnes sont plus à même de transformer leur regard sur leur rapport au monde

(Prilleltensky, 2008). En se centrant sur la dynamique des relations interpersonnelles qui permettent de penser et d'agir sur les causes structurelles des inégalités dans les contextes de vie des personnes défavorisées, l'empowerment a représenté une évolution notable des pratiques collaboratives et communautaires (Christens, 2012 ; Rappaport, 1987). La psychologie communautaire a conceptualisé l'empowerment dans les années 1980 autour de l'idée que *« les personnes ayant des conditions de vie incapacitantes (chômage, pauvreté, marginalité, etc.), prennent leurs affaires en main et font avancer leur cause »* (Le Bossé & Lavallée, 1993). La notion s'est ensuite rapidement propagée dans différents domaines, elle a notamment imprégné la sémantique des politiques sociales (Lord & Hutchison, 1993), de la santé publique et de la promotion de la santé (Aujoulat, 2007 ; Wallerstein, 2006). Les publications ont ainsi de plus en plus concerné le champ sanitaire du fait du caractère salutogène de l'empowerment, au risque de délaisser progressivement les effets négatifs liés à l'appartenance aux groupes minoritaires (Mc Whirter, 1991). Au sein de la promotion de la santé, Naidoo et Wills (1994) ont spécifié l'empowerment comme une des cinq approches fondamentales au côté de l'approche médicale, du changement de comportement, de l'éducation, et du changement social. L'empowerment s'inscrit dans une approche résolument globale de la santé qui tient compte des facteurs sociaux, structurels et de l'environnement physique, qui incite à sortir des approches individualisantes des interventions en éducation pour la santé (Israel et al., 1994). Elle suppose l'analyse des différents déterminants de la santé des publics visés dans un contexte sociétal donné, la prise en compte des conditions préalables à la santé, et une action combinée dans différents secteurs publics. Ainsi, pour l'OMS, l'empowerment est à intégrer dans les stratégies globales de promotion de la santé en accroissant les compétences des citoyens et en leur donnant les

possibilités de définir leurs propres priorités en matière de santé, en mobilisant et en organisant l'accès aux ressources (économiques et sur le plan de la protection sociale), en utilisant les approches en petits groupes pour accroître la conscience critique sur les déterminants sociaux de la santé, en promouvant la participation et l'action communautaire ainsi que le développement de coalitions et la capacité à s'organiser en communauté, tout en renforçant les politiques favorables à la santé par la responsabilité politique et des institutions, ainsi que par le développement de moyens d'action organisationnels et inter-organisationnels (Wallerstein, 2006).

L'intérêt sans cesse renouvelé du concept dans une variété de disciplines et de domaines atteste d'une perception partagée du potentiel des approches centrées sur l'empowerment. De nombreuses études se sont ainsi centrées sur les résultats en termes d'empowerment pour confirmer le potentiel du concept et de l'approche, sans permettre de déterminer un processus commun à ce jour face à la diversité des cadres d'analyse et de compréhension utilisés pour tenter de circonscrire le périmètre et les éléments du processus d'empowerment (Hur, 2006 ; Le Bossé, 2003, 2009 ; Morin, 2019). Si l'empowerment est reconnu à la fois comme un processus et un résultat (Hur, 2006 ; Prilleltensky, 2008 ; Speer & Hughey, 1995 ; Zimmerman, 1995), de nombreuses explorations restent nécessaires pour affiner et tester les différents modèles proposés, examiner les limites du concept, préciser ses composantes, et mieux appréhender ses aspects multidimensionnels (Lord & Hutchison, 1993 ; Maton, 2008 ; Tengland, 2008 ; Zimmerman, 1990). De plus, la mise en œuvre et les résultats des interventions visant le développement de l'empowerment sont spécifiques à leur contexte d'application et des possibilités pour les individus, les groupes et les organisations d'accroître leur pouvoir dans un environnement socio-politique donné (Christens, 2012 ; Israel et al.,

1994 ; Kleba & Wendausen, 2009 ; Zimmerman, 1995). Afin de mieux saisir et comprendre le processus d'empowerment contextualisé aux situations de précarité vécues, une revue de littérature sur les interventions et pratiques qui visent à développer l'empowerment des individus et des groupes en contexte de précarité sur le plan international a ainsi été réalisée. Ses objectifs étaient de :

- spécifier les caractéristiques et la nature des interventions et des pratiques visant l'empowerment en considérant les niveaux d'intervention (interindividuel, groupe, communauté, organisation, politique),

- délimiter les étapes, les séquences, les éléments du processus d'empowerment analysé et les résultats associés selon le type d'empowerment (personnel, communautaire, organisationnel, politique) en ciblant les éléments communs les plus fréquents dans les différentes études recensées,

- appréhender et discuter les mécanismes psychosociaux en jeu, ainsi que les obstacles contextuels qui ont une influence sur le processus.

2. Méthode

2.1. Sélection des articles

Afin de mieux identifier, appréhender et conceptualiser les processus psychologiques et sociaux d'interventions ou de pratiques visant le développement de l'empowerment des individus et des groupes en contexte de précarité, une revue bibliographique systématique a

été réalisée. Pour sélectionner les articles, la recherche s'est déroulée sur les bases de données PubMed et PsycINFO avec les mots-clés : process AND (vulne* OR pover* OR low-income) AND (interv* OR pract* OR program*) AND empower*.

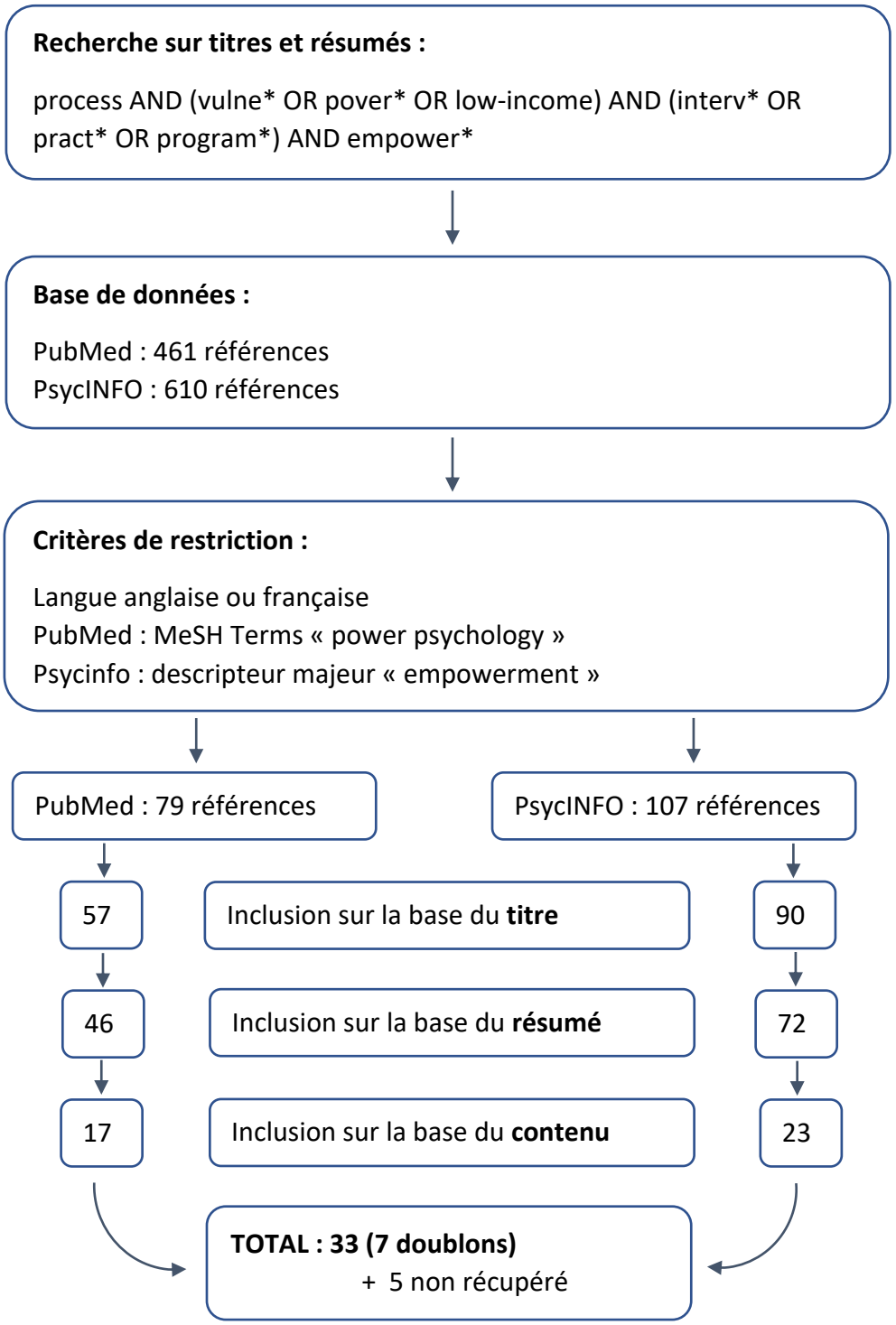
Ont été retenus les articles en langue anglaise ou française publiés sans limite de temps. En raison d'un nombre important d'articles issus de la recherche sur PubMed et Psycinfo (461 et 610), celle-ci a été restreinte aux articles ayant un résumé disponible et correspondant au descripteur majeur *« empowerment »* pour Pscycinfo et au terme MeSH *« power psychology »* pour PubMed. Les mêmes critères d'inclusion ont été utilisés pour la lecture des titres, pour la lecture des résumés, et enfin pour la lecture de l'ensemble du contenu (5 articles n'ont pu être récupérés dans leur intégralité) : éléments d'analyse qualitatifs sur le processus d'empowerment, interventions ou pratiques en contexte de précarité ou auprès de publics en situation de vulnérabilité sociale. Ont été exclus les interventions qui évaluaient spécifiquement l'efficacité des interventions et qui renseignaient peu ou pas le processus, et celles qui ne concernaient pas les publics en situation de précarité. Les étapes successives de la sélection des articles sont présentées à la figure 3.

2.2. Analyse des articles

Chaque article retenu a été lu intégralement pour en extraire des éléments descriptifs généraux : domaine et objet d'étude, pays, niveau(x) d'intervention, des éléments descriptifs détaillés : mots-clés, question de recherche/sujet de l'étude, méthodologie, pays où se déroule l'intervention, population cible, des éléments qui spécifient le processus d'empowerment en contexte de précarité : caractéristiques de l'intervention/des pratiques,

résultats observés ou mesurés, éléments de processus à retenir. Les interventions ont été catégorisées selon les différents types d'empowerment visés (personnel, communautaire, organisationnel, politique). Les éléments de résultats et de processus ont été identifiés et sélectionnés en s'appuyant sur les différents modèles du processus d'empowerment recensés dans la littérature (cf. Partie 2, Chapitre 1), et sur ses théorisations abordées tout au long de la première partie de ce travail doctoral (cf. Partie 1, Chapitre 1).

Figure 3. Stratégie de sélection des articles



3. Résultats

3.1. Éléments descriptifs généraux

Un total de 33 articles a été retenu dans la présente revue. La synthèse des éléments descriptifs est présentée dans le tableau 1, et l'intégralité des éléments à l'annexe 1. La majorité des études incluses concernent le développement communautaire (48%) dans les champs de la promotion de la santé, des pratiques éducatives chez les jeunes adultes, de la santé publique, des pratiques artistiques, du handicap, de la lutte contre la pauvreté, et en santé mentale. 30% des publications recensées s'inscrivent dans le développement éducatif ou préventif chez les adultes. Elles portent sur les risques environnementaux, l'éducation préscolaire, l'accompagnement de patients atteints de cancers, l'éducation pour la santé, la prise en charge de familles ou de femmes touchées par le VIH, la promotion de l'activité physique ou des soins primaires. Enfin, 21% concernent plus spécifiquement le champ des pratiques sociales, que ce soit dans le soutien à la parentalité ou aux familles, les pratiques de groupe dans le travail social, la réduction de la violence urbaine, la prise en charge de la pauvreté. Bien que les interventions recensées concernent différents domaines et objets, il a été possible de les catégoriser en fonction de plusieurs niveaux d'intervention : au niveau interindividuel, à l'échelle d'un groupe, d'une communauté, d'organisations.

Tableau 1. Eléments descriptifs généraux, pays et niveau d'intervention

Référence	Domaine et objet d'étude	Pays de l'intervention	Niveau d'intervention
	Développement éducatif ou préventif (n= 30 ; 27%)		
Aldoory et al. (2015)	**[Construction de messages préventifs]** Processus participatif pour concevoir des messages éducatifs en santé auprès de mères en zone rurale défavorisée	États-Unis	Groupe
Clemens et al. (2019)	**[Participation communautaire des jeunes]** Test du programme Youth Participatory Empowerment Model (YPEM) auprès de jeunes à faibles revenus	États-Unis	Groupe, Communauté
Dunlap (1997)	**[Education préscolaire]** Impact d'un programme préscolaire communautaire auprès de mères défavorisées	États-Unis	Groupe, Organisation scolaire
Gabitova & Burke (2014)	**[Empowerment des soins en santé et cancer]** Impact d'un programme de navigation des patients	États-Unis	Interindividuel (Navigateur de santé bénévole - patient)
Gurman et al. (2016)	**[Education pour la santé et aide financière]** Comment un programme combinant une stratégie de soutien aux revenus et d'éducation pour la santé renforce l'autonomie et l'empowerment de femmes pauvres guatémaltèques	Guatemala	Groupe

Kmita et al. (2002)	**[Intervention systémique familiale et VIH]** Evaluation d'une intervention psychosociale pour développer l'empowerment de familles vulnérables touchées par le VIH	Pologne	Groupe
Lejano et al. (2020)	**[Sensibilisation et prévention de risques environnementaux]** Communiquer par les pairs sur les risques liés aux cyclones tropicaux et aux fortes moussons	Bangladesh	Groupe
Röger et al. (2011)	**[Promotion de la santé/de l'activité physique]** Evaluation d'un programme participatif d'accès à l'activité physique auprès de femmes socialement défavorisées	Allemagne	Groupe, Organisations
Romero et al. (2006)	**[Prévention du VIH chez les femmes]** Evaluation d'un programme de prévention développant l'empowerment pour les femmes défavorisées	États-Unis	Groupe
Uys et al. (2004)	**[Promotion de la santé en soins primaires]** Programme de promotion de la santé par des infirmières de soins en santé primaire auprès de femmes en zones rurales défavorisées	Afrique du Sud	Groupe

	Développement communautaire (n= 16 ; 48%)		
Avery et al. (2022)	**[Développement communautaire et promotion de la santé à un niveau local**] Programme de recherche communautaire participatif au sein d'un quartier défavorisé	Suède	Groupe, Communauté large
Borg (2002)	**[Santé communautaire]** Exploration du processus d'empowerment communautaire dans un projet de logement à faibles revenus	États-Unis	Communauté
Castro-Arroyave et al. (2020)	**[Promotion de la santé et innovation sociale]** Développement collaboratif et communautaire pour lutter contre la maladie de Chagas liée à la pauvreté	Guatemala	Communauté large, Organisations, Politique
Delgado (2015)	**[Pratiques communautaires artistiques]** Création artistique collaborative avec des jeunes issus de milieux défavorisés	États-Unis	Groupe
Douglas et al. (2016)	**[Développement communautaire et santé publique]** Stratégies de développement communautaire au sein de deux communautés défavorisées pour agir contre l'obésité infantile	États-Unis	Communauté, Organisations, Politique
Eisen (1994)	**[Santé publique et programmes communautaires]** Caractéristiques de programmes de santé publique en termes d'empowerment communautaire	États-Unis	Communauté, Organisations

Flick et al. (1994)	**[Développement communautaire et santé]** Rôle des conflits communautaires dans le processus d'empowerment au sein de communautés d'un quartier	États-Unis	Groupe, Communauté large
Gulati et al. (2011)	**[Développement communautaire et handicap]** Comment développer l'empowerment d'adolescents handicapés dans les bidonvilles urbains de New Delhi	Inde	Groupe, Communauté large
Jasis (2019)	**[Pratiques éducatives et organisation communautaire]** Promouvoir des services éducatifs significatifs et inclusifs par la participation communautaire de communautés défavorisées	États-Unis	Groupe, Communauté, Organisation scolaire
Knight & Cottrell (2016)	**[Lutte contre la pauvreté]** Evaluer les processus d'empowerment liés au tourisme rural/communautaire dans quatre communautés rurales au Pérou	Pérou	Communauté
Lindsjö et al. (2021)	**[Promotion de la santé et développement communautaire]** Approche de recherche participative basée sur la communauté auprès de femmes migrantes dans un quartier socialement défavorisé de Malmö	Suède	Groupe
Monteith et al. (2020)	**[Développement communautaire et insécurité alimentaire]** Processus et résultats de stratégies de développement communautaire en Nouvelle-Ecosse	Canada	Groupe, Organisations

Nwokoro & Ogba (2019)	**[Organisations communautaires et d'entraide]** Comprendre de quelle manière les veuves contribuent-elles à leur empowerment dans des communautés rurales pauvres au Nigeria	Nigeria	Groupe, Communauté
Sjöberg et al. (2015)	**[Travail social communautaire]** Etude comparative entre l'Inde et la Suède sur le développement de pratiques sociales tournées vers la communauté	Inde, Suède	Interindividuel, Groupe, Communauté
Ware (1999)	**[Création de communautés en santé mentale]** Créer l'expérience de vie en communauté et l'autonomie de groupe pour des personnes souffrant de graves troubles mentaux	États-Unis	Groupe, Communauté
Yoo et al. (2004)	**[Empowerment communautaire et personnes âgées]** Application d'un modèle d'empowerment communautaire chez des personnes âgées en résidence pour identifier, prioriser les problèmes de santé et élaborer des stratégies	États-Unis	Groupe, Organisation
	Pratiques sociales (n=7 ; 21%)		
Ayton & Joss (2016)	**[Soutien à la parentalité]** Evaluation d'un programme de soutien à la parentalité en s'attaquant aux déterminants sociaux	Australie	Interindividuel (bénévole-mentor avec les parents)

Bartle et al. (2002)	**[Soutien aux familles]** Améliorer le développement des enfants en travaillant sur l'ensemble de la famille et par l'empowerment	États-Unis	Interindividuel (professionnel ou mentor avec les familles)
Cox (1992)	**[Modèle de pratique de groupe]** Analyse de deux études de cas en groupe axées sur le développement de l'empowerment	États-Unis	Groupe
Gay (2019)	**[Réduction de la violence]** Comment des acteurs de proximité/mentors aident à réduire les risques de violence de jeunes hommes	États-Unis	Interindividuel (relation d'aide et de soutien avec des mentors)
Kalyanpur & Rao (1991)	**[Soutien à la parentalité de mères d'enfant handicapé]** Pratiques professionnels favorisant l'empowerment des parents d'enfants handicapés qui ont un pouvoir limité	États-Unis	Interindividuel (usager-professionnel)
Sätre (2014)	**[Travail social et empowerment des femmes]** Comment le travail social et les ONG contribuent au développement des femmes pauvres en Russie	Russie	Interindividuel (usager-professionnel), Organisations
Sisselman-Borgia (2021)	**[Pratiques sociales de groupe auprès de jeunes marginalisés]** Développement de l'empowerment par un programme life skills destiné aux jeunes sans abri	États-Unis	Groupe

Notes : Domaine = thème et/ou discipline dans lesquels se situent les interventions (exemples : prévention en santé, soins primaires, santé communautaire, santé publique, lutte contre la pauvreté, handicap, santé mentale, parentalité, travail social) ; Objet d'étude = question générale ou problématique principale de la recherche ; Groupe = collectif nouvellement constitué ; Communauté = collectif déjà constitué ou qui s'est constitué ; Communauté large = ensemble d'un collectif à l'échelle d'un territoire, d'un quartier.

3.2. Les interventions centrées sur le niveau interindividuel

Parmi les six interventions qui agissent au niveau interindividuel, quatre concernent des bénévoles ou professionnels qui ont eu un rôle de mentor dans une fonction de soutien à la parentalité, aux familles, aux patients atteints d'un cancer, ou aux jeunes hommes pris dans des trajectoires de violence urbaine (Ayton & Joss, 2016 ; Bartle et al., 2002 ; Gabitova & Burke, 2014 ; Gay, 2019). L'empowerment se construit dans la relation étroite qui s'installe sur la durée où les personnes vont pouvoir trouver un soutien émotionnel et une écoute attentive. Elles ont été accompagnées autour de différents déterminants sociaux de leur situation de vulnérabilité et de précarité qui impactent le développement de l'empowerment : le logement, la perte d'un emploi, les problèmes de santé, les finances, l'insécurité alimentaire, le logement, les problématiques de santé mentale et de toxicomanie, et l'absence de soutien social. Cette approche globale qui englobe tous les aspects de la vie engage un rapport d'égal à égal où les approches paternalistes ou d'assistance ont été délaissées pour penser les actions possibles sur les déterminants sociaux dans la relation. Professionnels et bénévoles ouvraient ainsi un cadre interrelationnel où les situations de vulnérabilité psychosociale, voire les traumatismes, pouvaient être pensés et mis en mots. La prise en compte de l'isolement social, du stress à long terme, des difficultés à gérer les comportements d'enfants, du manque de ressources financières, la reconnaissance des situations d'oppression, de la douleur ou de violences étaient autant d'éléments qui permettaient de projeter de réelles nouvelles possibilités pour les personnes. Par exemple, le programme de soutien à la parentalité a permis d'agir sur l'obtention d'un logement social, l'accès à la préparation de repas sains, de fournir des ressources pour reprendre les études, de trouver des opportunités de travail à temps partiel (Ayton & Joss, 2016). Le programme de soutien

aux familles pour le développement de l'enfant a développé plusieurs soutiens intersectoriels autour de l'aide sociale, de la santé mentale, de l'emploi, de l'éducation et du transport (Bartle et al., 2002). Les navigateurs de santé bénévoles ont mis en relation les patientes atteintes de cancer du sein avec des organisations communautaires qui assuraient un soutien financier, une aide au logement et un soutien psychosocial. Ils s'occupaient également de démarches administratives auprès de l'assurance maladie, pour les problèmes liés au logement, ou pour régler des factures médicales (Gabitova & Burke, 2014). Les travailleurs de rue du programme Cure Violence à New York ont accompagné les jeunes hommes pris dans des trajectoires de violences à réaliser de petites tâches qui leur permettaient d'avancer vers de nouvelles opportunités comme obtenir une carte d'identité, remplir une demande d'emploi, apprendre à s'habiller pour un entretien d'embauche, et de participer à des actions préventives contre la violence (Gay, 2019). Ce programme illustre en outre particulièrement comment la relation, par des contacts constants, l'attention, le développement d'opportunités constituent l'espace dans lequel les personnes peuvent construire un espoir, croire à la possibilité de redessiner des liens sociaux avec des personnes soutenantes et inspirantes, et ainsi sortir d'une condition aliénante, de l'impuissance et de l'isolement social. Les autres interventions centrées sur le niveau interindividuel montraient de la même façon le rôle central d'une relation étroite avec les parents : avoir de l'empathie pour les expériences des familles, écoute attentive, faire preuve d'un soutien émotionnel (Kalyanpur & Rao, 1991), l'indispensable création d'une relation de confiance et soutenante avec les patientes (Gabitova & Burke, 2014), la nécessité de passer d'une approche par objectifs ou centrée sur le changement de comportements à une approche relationnelle collaborative, soutenante et un travail réflexif avec les familles (Ayton & Joss, 2016 ; Bartle et al., 2002), et plus largement de développer des mesures de

soutien qui offrent aux personnes en situation de précarité la possibilité de s'engager activement dans le changement de leur propre situation (Sätre, 2014). C'est au sein de cet environnement interrelationnel de confiance et conscient des multiples déterminants que les bénévoles, mentors ou professionnels ont pu avec les personnes définir des priorités, des objectifs pour accéder et mobiliser des ressources extérieures. A l'inverse, des pratiques sociales où les professionnels se plaçaient en tant qu'expert, se centraient sur les écarts avec les normes parentales attendues, et ne considéraient pas les préoccupations et points de vue des personnes, créaient une posture asymétrique dans la relation d'aide où les personnes étaient renvoyées à leurs incapacités et n'étaient pas comprises, où la confiance était impossible (Kalyanpur & Rao, 1991). D'une autre manière, l'expérience en Russie souligne que certains cadres de pratiques sociales qui s'inscrivent dans une urgence permanente liée d'une part à l'instabilité des situations de précarité vécues par les personnes, et d'autre part aux limites en termes de temps, de moyens et de collaboration des professionnels, ne permettent pas d'envisager des changements qui peuvent se construire sur la durée et où l'attention se limite sur la réponse aux besoins immédiats (Sätre, 2014).

3.3. Les interventions s'appuyant sur le groupe

Dix interventions axaient prioritairement leur action sur la constitution de petits groupes de personnes qui n'avaient pas de liens préexistants. Le groupe y apparaît comme un espace de partage : partage des problèmes importants, des attentes, préoccupations pour les personnes dans leur vécu avec le VIH (Kmita et al., 2002 ; Romero et al., 2006), partage d'identités de femme pour des mères vivant en zone rurale et pauvre (Aldoory et al., 2015), partage

d'information sur les dispositifs et professionnels qui peuvent aider à agir dans différents domaines de vie comme l'accès à une alimentation saine, l'accès aux droits sociaux, le lien avec le système scolaire (Cox, 1992). Le groupe a constitué une opportunité de partage d'idées, de conseils pour des femmes habituées au silence dans leur relation conjugale et dans leur rôle de vie au foyer dans des zones rurales au Guatemala (Gurman et al., 2016). Au Bengladesh, les personnes ont été invitées à partager collectivement leurs expériences liées à leur statut de réfugié (Lejano et al., 2020). Le groupe a permis à des familles d'élaborer autour de leur vécu avec le VIH des enfants au sein de la famille et de l'école (Kimta et al., 2002), ou de pouvoir s'exprimer sur la condition de femme migrante ou vivant en zone rurale défavorisée qui entraînaient souffrances psychologiques et isolement social (Gurman et al., 2016 ; Lindsjö & al., 2021). Les professionnels et animateurs de ces groupes visaient à encourager le partage d'histoires personnelles dans l'espace collectif du groupe, à soutenir la narration, jusqu'à créer et construire un récit sur soi, de manière créative avec les autres personnes (Aldoory et al., 2015 ; Kimta et al., 2002 ; Sisselman-Borgia, 2021). Cette fonction de partage dans le groupe était permise par la mise en place d'un environnement sûr où les personnes pouvaient penser leurs problèmes, les exprimer, en parler, avoir confiance dans l'espace de participation que constitue le groupe et dans les relations en train de se créer (Delgado 2015 ; Gurman et al., 2016 ; Sisselman-Borgia, 2021).

Les premiers temps du groupe visaient notamment à identifier les préoccupations communes puis d'en dégager des priorités, qui s'étendaient alors vers de multiples déterminants comme le lien aux écoles, les possibilités d'éducation, de formation et d'emploi, le statut administratif migratoire incertain, les souffrances ou traumatismes de jeunes femmes sans abri (Cox, 1992 ; Lindsjö et al., 2021 ; Sisselman-Borgia, 2021). La conscience et la reconnaissance par les

professionnels de ces déterminants sociaux prioritaires pour la santé et le bien-être des personnes apparaissent comme un élément central dans les interventions recensées pour rechercher des ressources externes adaptées (accès à des services de soins spécifiques et aux transports par exemple) et développer des ateliers de groupe centrés sur ces priorités (Aldoory et al., 2015 ; Cox, 1992 ; Uys et al., 2004). Dans ces interventions visant le développement de l'empowerment, les personnes et les intervenants étaient amenés ensemble à mieux comprendre les situations vécues par les échanges en petits groupes (Cox, 1992 ; Delgado 2015 ; Uys et al., 2004). La répétition des ateliers et des interactions favorisait le développement de relations de soutien. La découverte de similitudes inattendues dans les parcours de vie de jeunes femmes newyorkaises sans abri a par exemple créé des liens de soutien qu'ils soient informatifs ou émotionnels (Sisselman-Borgia, 2021). Des réunions centrées sur le soutien entre les parents d'enfants vivant avec le VIH leur ont permis effectivement de se soutenir lorsqu'ils partageaient leurs expériences similaires et les resituaient dans des univers de significations partagées (Kimta et al., 2002 ; Lindsjö et al., 2021). Le groupe a également contribué à sortir de l'isolement et de l'oppression les femmes rurales au Guatemala du fait de leur position sociale défavorable dans la société et de l'absence de revenus autonomes (Gurman et al., 2016). Les liens qui se créaient dans le groupe et en dehors du groupe s'accompagnaient d'un soutien émotionnel en *« aidant à traverser les mauvais moments »* (Cox, 1992).

A cette dynamique de groupe naissante qui s'installait au fur et à mesure des interactions s'ajoutait de nombreuses situations d'apprentissage. Les femmes sans abri ont ainsi bénéficié d'ateliers autour de connaissances sur le VIH et les hépatites. Elles ont également renforcé leurs compétences psychosociales par des jeux de rôle sur le refus et la communication dans

les relations sexuelles, et travaillé en groupe sur la gestion du stress, les relations de genre, l'affirmation de soi, la gestion de leur budget et de leur alimentation, la compréhension de leurs émotions et des traumatismes (Romero et al., 2006). Le point de départ de la dynamique de groupe des femmes isolées dans les zones rurales au Guatemala était la mise en place d'une éducation non formelle sur des sujets tels que la gestion d'entreprise, l'alphabétisation, les droits des femmes, la santé et l'estime de soi, au sein de l'association de tissage guatémaltèque Aj Quen, et au travers du programme Friendship Bridge qui proposait des prêts aux femmes pour la création de petites entreprises (Gurman et al., 2016). Les programmes Project ABLE et STAHR ! ont permis pendant quinze ans à des jeunes de Los Angeles en situation de marginalité de s'engager dans des actions collectives autour du théâtre et du cinéma qui ont favorisé la réflexion sur les expériences vécues (Delgado, 2015). En Afrique du Sud, des infirmières en soins primaires ont développé des ateliers à partir d'une compréhension approfondie des problématiques vécues par les femmes de territoires ruraux en situation de précarité. Les sessions interactives en petits groupes portaient sur les questions de genre, les droits de l'homme, le développement de l'enfant, la santé familiale, le développement économique, et peu sur des questions sanitaires et des compétences d'autosoins (Uys et al., 2004). Au sein du camp de réfugiés rohingyas au Bangladesh qui ont fui les conflits ethniques, plusieurs volontaires ont appris à animer des groupes pour développer la prévention de risques environnementaux et ont pu partager les enseignements qu'ils avaient eu dans les ateliers (Lejano et al., 2020). Cette prise de responsabilités, l'expérience de nouveaux rôles dans les relations aux pairs, se retrouvaient dans les réunions de groupes de femmes dans l'expérience des ateliers au Guatemala qui ont permis l'émergence de leadership chez certaines femmes. Ces espaces collectifs favorisaient la

sécurité du groupe en faisant preuve d'une attention soutenue aux autres femmes du groupe, et créaient des opportunités de partage et d'interactions en dehors des groupes (Gurman et al., 2016).

Plusieurs éléments d'intérêt d'un point de vue processus d'empowerment sont mis en valeur au sein de ces interventions qui investissaient une dynamique de groupe. Pour Lejano et al. (2020), les participants ne sont pas à considérer, malgré l'ensemble des besoins qu'ils témoignent, comme de simples destinataires d'interventions éducatives, ils sont eux-mêmes porteurs de connaissances. Pour Delgado (2015), le processus participatif permet en effet aux professionnels de reconnaître les capacités des personnes, de les situer en tant qu'experts de leur propre expérience vécue. La participation dans les groupes place ainsi les apprentissages dans un processus de co-création avec les personnes (Aldoory et al., 2015). Les groupes permettent notamment de donner aux femmes leur droit à la parole, de reconnaître leur existence sociale et de leur offrir l'opportunité de parler de leurs expériences et de leur condition sociale (Romero et al., 2006). L'attention collective peut ainsi progressivement se porter sur une aspiration au changement social, à l'apprentissage, et non sur les déficits individuels (Delgado, 2015). Être centré sur le groupe donne l'occasion aux professionnels de penser les différents besoins des communautés sur de nombreux déterminants sociaux, en acquérant une meilleure compréhension de la situation des personnes et en ciblant les thèmes prioritaires pour une intervention sur un groupe donné (Aldoory et al., 2015 ; Cox, 1992 ; Lindsjö et al., 2021 ; Sisselman-Borgia, 2021 ; Uys et al., 2004). Les infirmières en soins primaires d'une zone rurale défavorisée en Afrique du Sud ont ainsi pu développer une nouvelle représentation de la situation des personnes (Uys et al., 2004). Pour Cox (1992) et Sisselman-Borgia (2021), ces éléments encourageaient un développement de pratiques

sociales qui tenaient compte des souffrances et traumas vécus, qui situaient les différents déterminants dans une logique d'intersectionnalité intégrée, qui ciblaient les connaissances, compétences et *« forces »* des personnes et des groupes, et qui favorisaient le partage et la recherche de ressources face aux problèmes communs.

3.4. Les interventions qui investissent la communauté

Huit interventions investissaient des dynamiques de groupes qui promouvaient la participation communautaire et le développement de communautés ou d'organisations communautaires. Une des caractéristiques communes à ces interventions est qu'elles s'inscrivaient dans un temps long, sur plusieurs années. L'expérience de vie en communauté dans des foyers à Boston aux Etats-Unis pour des personnes sans abri souffrant de troubles mentaux s'est par exemple déroulée sur une période de quinze mois sans pour autant que l'objectif d'auto-gestion par la communauté soit totalement atteint (Ware, 1999). Le programme de recherche communautaire participatif qui impliquait cinq types d'acteurs à Malmö en Suède (universitaires, secteurs public et privé, ONG, et la population locale d'un quartier comptant environ 7800 résidents, dont 75 % étaient des migrants de première et deuxième génération) s'est déroulé sur trois ans et a permis de renforcer les capacités communautaires sans pouvoir encore impacter de vrais changements sur les politiques locales (Avery et al., 2022). L'étude de Flick et al. (1994) présente l'histoire et l'évolution de deux expériences de développement communautaires sur sept années dans un quartier du Midwest aux États-Unis. L'une concerne le lien entre les parents et l'école, l'autre sur le développement d'une offre de santé dans le quartier. Borg (2002) relate comment un groupe

d'hommes afro-latino-américains d'un quartier dans le sud de Los Angeles marqué notamment par le racisme, la pauvreté, la violence, sont parvenus dans un projet d'habitation pour des personnes à faibles revenus à former sur quatre années une organisation communautaire appelée l'Avalon Gardens Men's Association et à l'inscrire localement sur la durée.

Pour une grande partie des interventions, la mobilisation communautaire de départ s'est réalisée au sein d'espaces participatifs communautaires de quartiers ou mis en place dans des zones rurales (Avery et al., 2022 ; Borg, 2002 ; Flick et al., 1994 ; Knight & Cottrell, 2016 ; Nwokoro & Ogba, 2019). Elle s'est également réalisée par la mise en place de dynamiques communautaires ciblées à certains publics comme les adolescents en situation de handicap dans les bidonvilles urbains de New Delhi en Inde (Gulati et al., 2011), les jeunes sans-papiers ou à faibles revenus dans plusieurs régions des Etats-Unis (Arizona, Nevada, New Orleans, Missouri) (Clemens et al., 2019), des personnes issues de foyers pour personnes sans abri présentant des troubles psychiatriques à Boston (Ware, 1999). A Malmö, les différents espaces participatifs ont été perçus comme des lieux communautaires pour les habitants du quartier, plutôt que des réunions avec des institutions ou professionnels (Avery et al., 2022). Les jeunes marginalisés ou défavorisés dans plusieurs régions des Etats-Unis ont pu trouver dans ces espaces participatifs l'occasion d'exprimer leurs points de vue et leurs vécus (Clemens et al., 2019). Les jeunes en situation de handicap en Inde ont pu, eux, élaborer ensemble autour de leurs frustrations liées aux contextes familiaux qui les privaient de liberté (Gulati et al., 2011). Les femmes veuves au Nigeria ont pu entamer une réflexion collective sur les rôles traditionnels de genre au Nigeria (Knight & Cottrell, 2016). La colère face à des injustices perçues au niveau scolaire, à une offre de santé insuffisante, et la frustration

générée par des privations de libertés ont été des moteurs dans la mobilisation communautaire (Avery et al., 2022 ; Gulati et al., 2011). Une fois investis, ces espaces participatifs ont cherché avant tout à favoriser l'expression et la formulation des problématiques et des aspirations par les personnes. Les préoccupations du groupe devenaient importantes et promouvaient le changement parce qu'elles étaient définies par les personnes elles-mêmes qui pouvaient ainsi définir ensemble les actions à mettre en œuvre (Flick et al., 1994 ; Gulati et al., 2011 ; Nwokoro & Ogba, 2019). L'enjeu à ce stade a notamment été de connaître les déterminants sociaux et les besoins les plus saillants pour les personnes et de les reconnaître, jusqu'à former des groupes de travail communautaires ou des ateliers thématiques sur ces déterminants et besoins prioritaires (Avery et al., 2022 ; Knight & Cottrell, 2016). Reconnaître ces aspirations, chercher à les transformer en une demande collective, favorise la mobilisation de ressources par la communauté elle-même et leur implication dans le processus participatif (Avery et al., 2022 ; Borg, 2002 ; Knight & Cottrell, 2016 ; Nwokoro & Ogba, 2019 ; Ware, 1999). L'installation de la participation par des interactions répétées entre pairs, le dialogue collectif sur les problématiques, le partage d'expériences communes et de similitudes contribuent à faire progressivement communauté. Les jeunes en situation de marginalité dans différentes régions des Etats-Unis ont ainsi pu exprimer entre eux leurs préoccupations communes et les problèmes qui leur étaient importants (Clemens et al., 2019). Les parents organisés en collectif dans le Midwest ont pu, par le dialogue, poser les problèmes en exprimant leur colère, leurs expériences et leurs préoccupations (Flick et al., 1994). Au sein du projet de logement à faibles revenus à Los Angeles, l'intervention qui visait le développement communautaire cherchait explicitement à permettre aux hommes issus de minorités de construire des initiatives basées sur des

problèmes qu'ils identifiaient eux-mêmes, plutôt qu'imposées par l'équipe d'intervention (Borg, 2002). A Malmö, le développement communautaire s'est organisé par les pairs : les animateurs de la démarche communautaire étaient tous des habitants du quartier (et non des professionnels) dans lesquels les autres résidents avaient confiance (Avery et al., 2022). Les différents groupes de travail qui y ont ainsi été créés portaient directement sur des thèmes prioritaires pour les habitants du quartier : santé bucco-dentaire et alimentation, activité physique en plein air, santé mentale (pour les personnes handicapées), la santé des femmes, la santé sociale des jeunes adultes, la santé des enfants, la sécurité dans le quartier et la région. Par ces interactions régulières en groupe, les différents publics mobilisés partageaient leurs histoires, leurs connaissances, leurs expériences communes, leurs échecs, leurs difficultés, leurs opinions et leurs idées (Avery et al., 2022 ; Clemens et al., 2019 ; Gulati et al., 2011). Cette analyse collective des problématiques contribuait d'une part à spécifier les thèmes les plus sensibles tels que le manque de participation des parents à la vie de l'école (Flick et al., 1994), ou le manque de disponibilité et d'accessibilité à l'offre de santé (Avery et al., 2022) sur les quartiers ciblés, d'autre part à réaliser un inventaire complet des forces d'une communauté donnée et des ressources extérieures nécessaires à son développement (Borg, 2002). Les espaces participatifs apparaissent aussi comme des cadres compréhensifs des situations de vulnérabilités vécues et des cumuls des situations de précarité. En Inde, la communauté était caractérisée par un faible statut socio-économique, un taux d'analphabétisme élevé, le patriarcat, l'interdépendance, la consommation de drogues, la violence (Gulati et al., 2011). Pour les communautés de jeunes en situation de marginalité aux Etats-Unis et celles issues de populations récemment immigrées à Malmö, les traumatismes liés à leur histoire individuelle et collective (expériences de la guerre, traumatismes

intergénérationnels, violence au sein de la communauté, racisme systémique) pouvaient être exprimés et signifiés dans ces espaces dès lors que la confiance était installée (Clemens et al., 2019 ; Avery et al., 2022).

Le développement communautaire s'ancrait également dans le travail en petits groupes où des liens et un sentiment d'appartenance se développaient. Ils ont permis aux femmes de communautés rurales à Cusco au Pérou de sortir de leur isolement et de développer de nouveaux liens par le travail touristique avec d'autres membres de la communauté formée (Knight & Cottrell, 2016). Au Nigeria, l'investissement des femmes veuves et isolées dans un nouveau groupe communautaire créé et au sein de groupes d'entraide existants leur a permis de développer des liens de solidarité au sein des groupes, de s'identifier aux besoins des membres de la communauté, et de développer un sentiment d'appartenance (Nwokoro & Ogba, 2019). Grâce à la dynamique participative au sein des bidonvilles à New Delhi, les adolescents en situation de handicap ont trouvé dans ces espaces la possibilité de rompre avec leur solitude, de développer des amitiés, et de s'engager dans des activités de la communauté formée en dehors du cercle familial qui, en voulant les protéger, avait tendance à priver les adolescents de leur liberté (Gulati et al., 2011). A Malmö, les groupes de travail thématiques crées ont permis à plusieurs personnes qui vivaient seules de sortir de leur isolement vis-à-vis de la société, les espaces participatifs sont devenus des lieux d'intégration sociale et de soutien social. Au sein des groupes de femmes, le travail et la réflexion en groupe a agi comme un facteur de motivation, elles pensaient qu'il était important pour l'avenir qu'elles travaillent ensemble, elles souhaitaient vivement s'entraider, et elles ont développé un sentiment d'intégration et d'appartenance au quartier (Avery et al., 2022). Au sein des différentes interventions recensées, l'ensemble des éléments formalisés au sein de ces

espaces participatifs lors de la mobilisation communautaire et des groupes de travail permettaient d'aboutir à des objectifs communs et à des décisions collectives qui ancraient la formation de communautés. L'étude de Flick et al. (1994) montre comment la communauté formée au sein d'un quartier du Midwest aux États-Unis a décidé de créer un centre de santé indépendant à partir de ressources rassemblées (professionnels de santé bénévoles, équipements donnés), puis a obtenu des subventions au bout de quatre ans ce qui a permis au centre de continuer à se développer. La mise en œuvre du programme Youth Participatory Empowerment Model au sein de quatre régions aux Etats-Unis a permis d'observer le souci des communautés formées de défendre les préoccupations communes de tous les participants, et leur capacité à accumuler des ressources ou d'atteindre des objectifs communs (Clemens et al., 2019). Le processus participatif encouragé dans la planification, la mise en œuvre et l'évaluation du projet de logements à faibles revenus à Los Angeles a offert l'opportunité aux groupes d'hommes mobilisés d'avoir leur mot à dire dans la formulation des objectifs, et de mettre à disposition leurs connaissances, compétences et leurs ressources qui ont été reconnues (Borg, 2002). Plusieurs dynamiques collectives ont abouti à la création et au développement d'organisations communautaires. Toujours à Los Angeles, soutenu continuellement par une structure d'action communautaire, le groupe d'homme afro-latino-américains mobilisé a formé une organisation appelée l'Avalon Gardens Men's Association (AGMA), qui a contribué à favoriser, soutenir et maintenir le processus d'empowerment sur la durée. Ils ont obtenu le statut d'organisation à but non lucratif et ont pu recevoir des fonds, inviter des professionnels de santé à participer au processus de collaboration, et ont établi des partenariats intersectoriels avec des organismes locaux de services sociaux, médicaux et politiques, y compris la police de Los Angeles. De la même façon, dans les communautés

rurales pauvres du sud-est du Nigeria, face à la déception et aux frustrations générées par les organisations d'aide, les femmes ont créé un groupe informel communautaire nommé *« Nsusu »* en s'appuyant sur les groupes coopératifs initiaux mis en place par les organisations d'aide (Nwokoro & Ogba, 2019). La communauté formée a notamment obtenu de nombreux prêts auprès des banques de microfinance, ce que les femmes ne pouvaient pas faire en étant seules. A Boston, un des groupes dans un des foyers a créé un fonds commun financé par les contributions mensuelles des résidents, ce qui a permis de générer plus de services et de possibilités qu'aucun d'entre eux n'aurait pu le faire seul (Ware, 1999). Le programme cherchait à maximiser l'intégration communautaire et à minimiser la dépendance aux services. Au bout de dix-huit mois, une réduction significative du personnel a été réalisée, avec un transfert du processus décisionnel aux résidents dans la gestion des ressources. Dans les communautés rurales de Cusco mobilisées par le tourisme, une des associations mettait les revenus issus du tourisme en commun et les répartissait équitablement entre les membres à la fin de l'année (Knight & Cottrell, 2016). Les femmes en particulier s'investissaient davantage dans la communauté et développaient de nouveaux rôles avec les associations communautaires. Les membres de l'association de tourisme agissaient collectivement pour soutenir les personnes marginalisées (femmes, malades, personnes âgées) et répondaient aux besoins de la communauté large auprès de l'ensemble des familles des zones rurales du territoire caractérisées par des niveaux de pauvreté plus élevés que dans les centres urbains du pays.

Plusieurs aspects conflictuels ont pu émerger dans le développement communautaire, la répartition du pouvoir, et dans la définition des priorités et la prise de décision. Dans les foyers communautaires à Boston, le coordinateur de la démarche a consacré une énergie

considérable pour permettre aux résidents d'exprimer leurs doléances et différends en groupe, et les aider à apprendre à gérer les conflits (Ware, 1999). Au sein du quartier dans le Midwest des États-Unis, les relations conflictuelles ont constitué une bifurcation fondamentale du processus d'empowerment dans les communautés de quartier (Flick et al., 1994). Face au plan d'action élaboré par un groupe de parents dans la relation au directeur de l'école et au fonctionnement de l'école, un autre groupe de parents, plus influent et inséré dans la politique locale, s'est opposé aux propositions. Par la mobilisation d'alliances du premier groupe et en prenant appui sur la communauté large des parents du quartier, le groupe opposé s'est finalement rallié à la cause partagée et une définition commune du problème a abouti. En revanche, l'autre dynamique communautaire de quartier sur le développement d'une offre de santé locale s'est retrouvée amoindrie au détriment des personnes les plus défavorisées face au conflit qui a émergé avec une autre partie de la communauté. De nombreuses disputes ont éclatées lors des réunions lorsque le financeur de la démarche communautaire a remis en cause les activités militantes et activistes des membres plus pauvres de la communauté qui souhaitaient faire entendre leur voix. Le conflit intense qui en a résulté a rendu impossible la prise de conscience collective et une nouvelle vision commune de la démarche communautaire censée au départ donner la priorité aux besoins des plus défavorisés. Les positions au sein des collectifs se sont durcies, les vues alternatives ont été rejetées, laissant le sentiment aux plus pauvres que leur voix était restée sous contrôle. Au sein des différents groupes de travail créés à Malmö, une attention soutenue a été donnée pour que les décisions soient prises par consensus après des discussions parfois approfondies (Avery et al., 2022). Au Pérou, à Cuzco, dans le développement du tourisme communautaire rural, un conflit épistémique a surgi dans le sens et les directions donnés au

développement local. La tension s'est inscrite dans le souci d'encourager les membres de l'association à s'engager dans la voie de la solidarité associative ou communautaire, avec l'objectif de permettre aux personnes de développer des entreprises individualisées pour gagner de l'argent grâce au tourisme rural communautaire, favorisant un empowerment personnel au détriment d'un empowerment communautaire (Knight & Cottrell, 2016). Plusieurs logiques descendantes ont également été identifiées au sein des interventions. Toujours à Cusco, les processus décisionnels et de planification concernant les visites touristiques étaient contrôlés par un membre du tour-opérateur qui pilotait la démarche communautaire. Les personnes des communautés rurales étaient ainsi dans une position où elles se retrouvaient dépendantes de cet employé. Au sein de certaines associations communautaires créées, les intérêts des groupes de personnes les plus favorisées étaient plus susceptibles de prévaloir sur les intérêts des communautés larges qui étaient réduites à une acceptation passive des orientations et décisions prises. Au Nigeria, les services d'organisations d'aide destinés à permettre aux femmes de créer leurs entreprises réduisaient leur autonomie et liberté de choix des secteurs d'activités choisis. Les priorités étaient décidées par les organisations d'aide conduisant les femmes à finalement désinvestir ces groupes coopératifs pour créer leur propre organisation communautaire (Nwokoro & Ogba, 2019). Au sein des foyers à Boston, les animateurs de la mise en œuvre du processus d'empowerment se sont constamment retrouvés coincés entre leurs propres objectifs de développement des communautés au sein des foyers et les restrictions imposées par les réglementations et priorités bureaucratiques (Ware, 1999).

Au travers des différentes expériences analysées, le rôle d'animateur, de facilitateur et de coordonnateur des démarches communautaires était un élément clé du processus

d'empowerment. L'incarnation de ces rôles nécessitait une formation du personnel et des habitants mobilisés dans la mise en œuvre de ces pratiques participatives (Ware, 1999 ; Avery et al., 2022). Dans le quartier du Midwest aux États-Unis, l'organisateur communautaire facilitait et animait les échanges en réunion, préparait l'expression des témoignages des habitants, pilotait la définition d'une vision commune suite aux conflits, et favorisait la construction d'un plan d'action par la communauté (Flick et al., 1994). En Inde, dans les bidonvilles urbains de New Delhi, les animateurs des groupes encourageaient la participation, attiraient l'attention des adolescents handicapés sur leurs points forts, leurs capacités, leur contribution à la communauté large (Gulati et al., 2011). Une des stratégies du programme Youth Participatory Empowerment Model consistait à ce que des mentors adultes reconnaissent et valorisent les jeunes en situation de précarité en favorisant leur expression et leur engagement, tout en prenant en compte leur contexte de vie et leurs besoins fondamentaux (Clemens et al., 2019). Flick et al. (1994) insistaient également sur l'importance de mentors qui encouragent la parole et l'expression des jeunes, favorisent l'esprit de groupe, les valorisent dans leur investissement collectif, reconnaissent leur importance dans les réunions ainsi que leurs accomplissements. La confiance entre les animateurs et les personnes était un élément essentiel dans le développement de l'empowerment. Le cadre d'écoute, la création parfois semée d'embûches d'une cohésion de groupe, la dynamique de dialogue et des interactions répétées contribuaient à créer cette relation de confiance avec les animateurs, mais aussi entre pairs (Avery et al., 2022 ; Clemens et al., 2019 ; Flick et al., 1994 ; Ware, 1999). Elle se réalisait à partir de cadres d'échanges sécures dans lesquels les jeunes notamment pouvaient partager leurs vécus et leurs opinions (Gulati et al., 2011), leurs expériences communes, leurs échecs, difficultés, sans jugement, et où ils pouvaient tenter

d'apporter des changements dans leurs situations de vie (Clemens et al., 2019). Enfin, le développement d'une dynamique de groupe vers la constitution d'une communauté présuppose d'investir la possibilité d'espaces participatifs et d'entraide entre pairs. Au Nigeria, l'organisation communautaire créée et celles déjà existantes étaient plus à même de comprendre les besoins et les aspirations des femmes les plus défavorisées que les ONG, et de développer des ressources sociales précieuses face aux besoins les plus immédiats (Nwokoro & Ogba, 2019). A Malmö, l'animation de la démarche communautaire par les promoteurs de santé pairs formés aux méthodologies participatives a grandement facilité la mobilisation et l'implication des habitants du quartier ciblé (Avery et al., 2022).

3.5. Les interventions combinant plusieurs niveaux de développement de l'empowerment

Parmi les neuf interventions investissant plusieurs niveaux de développement de l'empowerment, deux ont agi de manière systémique au niveau de la communauté large de plusieurs quartiers, au travers d'une mobilisation communautaire reconnue qui parvenait à influencer les politiques publiques sur un territoire donné, et par le développement de très nombreuses collaborations avec d'autres professionnels et organisations. L'étude de Douglas et al. (2016) présente deux stratégies de développement communautaire pour agir contre l'obésité infantile au sein de deux communautés défavorisées dans la région de Miami et au sein de la ville de New York dans le cadre du programme Communities Creating Healths Environments (CCHE). Castro-Arroyave et al. (2020) relatent le processus par lequel une équipe interdisciplinaire, en collaboration avec les communautés rurales de Comapa, au Guatemala, a mis au point une solution efficace pour lutter contre le risque de maladie de

Chagas fortement associée à la pauvreté et à l'environnement physique dans les zones rurales d'Amérique latine. Sur les trois territoires, la mobilisation, le leadership et l'expertise communautaire ont eu un rôle clé dans les changements opérés. Par exemple, dans le quartier d'Overtown et la ville Opa-Locka dans le comté de Miami-Dade aux Etats-Unis, le centre Power U pour le changement social a réalisé un diagnostic communautaire où les mères ont pu établir des liens indirects mais clairs entre l'alimentation au lait maternel gratuitement distribué dans les hôpitaux via une entreprise, et l'obésité infantile. Trente-cinq mères se sont pleinement mobilisées, dix ont été formées pour assurer une fonction de leadership, et trois cents ont participé à une enquête où elles ont pu réfléchir à leurs expériences d'accouchement dans les hôpitaux locaux. A New-York, dans le quartier de Chinatown, les résidents ont été incités à participer en étant démarchés par du porte-à-porte en insistant auprès d'eux sur les pratiques d'urbanisation et de gentrification inéquitables en cours qui risquaient d'entrainer toute une partie de la population dans la pauvreté, reconnue comme un facteur de l'obésité infantile. 200 puis 377 personnes ont été mises en lien y compris les personnes les moins favorisées. Quarante-sept ont reçu une formation au plaidoyer et à l'exercice politique ce qui leur a permis de faire entendre leur voix au département de l'urbanisme, au conseil municipal et à l'office du logement de la ville de New York. Au Guatemala, les chercheurs ont rapidement admis qu'ils savaient peu de choses sur la façon d'améliorer les sols ou les murs, principaux vecteurs des punaises responsables de la maladie de Chagas, ce qui les a amenés à collaborer avec des architectes, des ingénieurs, anthropologues, sociologues, vétérinaires et à s'appuyer sur les connaissances pratiques, sociales et culturelles de la communauté large. Ensemble, ils ont défini les moyens (matériaux à utiliser, usages et coutumes locaux) pour réaliser des plans

d'amélioration des logements et des parcelles vertes avec la participation d'hommes et de femmes des communautés.

Deux interventions ont permis de développer l'empowerment personnel, communautaire et organisationnel de parents avec l'organisation scolaire. La première s'est déroulée avec une école maternelle privée dans un quartier défavorisé d'une grande ville métropolitaine du sud des Etats-Unis (Dunlap, 1997). L'école maternelle était hébergée dans une église du centre-ville, en face d'une grande cité de logements sociaux construite en 1987 face à la violence, le trafic de drogues, et le chômage endémique. Quinze familles ont pu bénéficier de programmes préscolaires développant les aptitudes des enfants et incluant les parents. Si ces derniers étaient réticents à participer à la démarche proposée au départ, ils ont rapidement reconnu les bénéfices immédiats pour leurs enfants puis ont pu nourrir de nouvelles perspectives pour les enfants et eux-mêmes. Une vie différente devenait possible, les mères pouvaient sortir de l'isolement et de l'aliénation de leurs conditions d'existence : *« je reste tout le temps à la maison. Je n'ai pas d'amis. Je ne travaille pas. Je m'ennuie »* (récit rapporté d'une mère). En plus du développement de compétences parentales, elles ont pu exercer de nouveaux rôles dans l'école et acquérir les compétences communicatives et relationnelles pour les mettre au service de la communauté large dans le quartier, en investissant notamment d'autres organisations comme l'église ou l'office local du logement. Les interactions sociales entre parents dans un environnement sûr et stimulant, le soutien émotionnel face aux évènements et conditions de vie, les nouveaux liens avec le personnel de l'école, l'ouverture et l'encouragement de l'organisation scolaire dans son ensemble ont permis de transformer le rapport entre les parents et l'école, et d'instituer la dimension communautaire sur la durée. De la même façon, l'étude de Jasis (2019) montre comment des programmes communautaires

et participatifs auprès de parents issus d'un milieu agricole et d'origine mexicaine en Californie ont permis de créer des relations d'égal à égal avec les enseignants, d'instaurer un dialogue, d'attirer l'attention de l'organisation scolaire dans son ensemble, et de développer un partenariat solide sur la durée avec l'école où des enseignants engagés défendaient les intérêts et les droits des enfants. Le groupe de parents constitué en collectif ainsi que les enseignants ont gagné en conscience critique sur les injustices sociales qui marginalisaient les familles à faibles revenus dans de nombreuses écoles et districts scolaires. Les espaces communautaires ont permis aux parents de s'exprimer, de s'informer collectivement sur leurs droits, de développer des liens de solidarité, jusqu'à créer un comité directeur dans l'école où une dizaine de parents étaient impliqués. Ils ont pu fixer, en étant inclus dans l'organisation scolaire, un plan d'action, et informer tous les parents des décisions prises.

Les programmes de promotion de l'activité physique dans la ville allemande d'Erlangen (Röger et al., 2011) et de lutte contre l'insécurité alimentaire en Nouvelle-Ecosse au Canada (Monteith et al., 2020) se sont eux centrés plus spécifiquement sur la dynamique de groupes de femmes défavorisées qui ont contribué à développer un empowerment individuel, communautaire, organisationnel et politique. L'espace du groupe a permis d'exprimer la honte et la culpabilité ressenties, de partager les problèmes dans un espace neutre et protecteur, de développer leur conscience critique sur les asymétries de genre qui les freinaient dans la pratique d'activités physiques ou de comprendre qu'elles n'étaient pas la cause de l'insécurité alimentaire qui résulte d'un ensemble complexe de facteurs politiques, sociaux et économiques. Le programme de promotion de l'activité physique à Erlangen s'est étendu sur trois années au cours desquelles les femmes ont pu gagner suffisamment de confiance et développer des compétences relationnelles pour interagir entre elles, avec des

professionnels, des décideurs, jusqu'au niveau politique (conseillers municipaux, maire) et ainsi accéder à de nouvelles ressources publiques et peser sur les décisions locales. La démarche a impliqué de nombreux partenaires qui ont appris à se connaître, à agir en réseau, et à reconnaitre les problématiques et contraintes des femmes défavorisées issues pour partie de l'immigration. En Nouvelle-Ecosse, les femmes ont été impliquées pendant quatre ans dans une recherche-action participative pour comprendre la sécurité alimentaire du point de vue des individus, des ménages et des communautés, et développer les capacités collectives pour le changement de politiques. Elles ont développé des compétences participatives, de leadership et un sens de la communauté jusqu'à influencer positivement la communauté large et à permettre l'augmentation de l'allocation alimentaire au sein des aides sociales : *« Vous réalisez que vous n'êtes pas seule et qu'il y a des gens qui travaillent vraiment pour essayer de régler ce problème »* (propos d'une femme participante). Les professionnels ont reconnu l'expérience quotidienne des femmes vivant l'insécurité alimentaire et les décideurs ont pu eux, par les interactions avec les femmes et leur plaidoyer, comprendre et développer leur propre conscience critique sur les questions de sécurité alimentaire pour s'attaquer aux causes profondes de l'insécurité alimentaire.

Eisen (1994) a synthétisé les caractéristiques de dix-sept programmes de santé publique qui ont investi des stratégies de développement communautaire à l'échelle de quartiers défavorisés. Yoo et al. (2004) relataient eux l'application d'un modèle d'empowerment communautaire en six étapes par la mise en place d'organisations collectives et de partenariats dans douze immeubles pour personnes âgées à faibles revenus dans le comté d'Allegheny dans le Nord-Est des États-Unis. Les deux études soulignent comment des interventions parvenant à développer un empowerment communautaire efficace peuvent

être freinées ou stoppées par un empowerment organisationnel déficient. Le degré de participation communautaire, la prise en compte de l'ensemble des déterminants qui affectent la santé et le bien-être des résidents, les interactions et l'enrôlement de partenaires (associations existantes, institutions, financeurs locaux, réseaux informels existants) ont été les stratégies clés pour développer l'empowerment collectif. Si la légitimité des préoccupations prioritaires des habitants était reconnue, et qu'un dialogue et de multiples interactions ont pu s'instituer avec les différentes parties prenantes, les dynamiques intersectorielles, conflictuelles, le statu quo et l'impuissance face à des politiques nationales difficiles à influencer, ou face à des coupes budgétaires, ont souligné l'importance de ne pas isoler le développement de communautés et d'associer dans le processus d'empowerment les dynamiques et réseaux déjà existants, les institutions et organisations, et de chercher constamment à penser les politiques et les décisions au niveau macro et au niveau local qui pèsent sur le quotidien des personnes. Eisen (1994) souligne à ce titre que si le quartier reste l'échelle la plus propice aux dynamiques communautaires, la défense des intérêts des habitants et de la justice sociale est plus aisée au sein de quartiers plus petits et homogènes où l'empowerment organisationnel ne se réduit pas à la réorientation des services sociaux comme sur de plus grands territoires à la puissance institutionnelle et politique plus forte.

Enfin, l'étude comparative de Sjöberg et al. (2015) sur le travail social communautaire entre Mumbai en Inde et Stockholm en Suède montre comment les stratégies de développement de l'empowerment sont intimement liées au contexte culturel d'une part (forces néolibérales en Suède, libération des groupes marginalisés en Inde) et aux cultures professionnelles des organisations sociales d'autre part (travail de groupe visant le changement social en Inde, accent mis sur le travail en réseau et le développement individuel en Suède). Les deux villes

connaissent des problèmes similaires liés à l'exclusion sociale et à la marginalisation des groupes vulnérables, en partie en raison des mouvements migratoires à l'intérieur des pays et entre les pays résultant de la mondialisation. La recherche d'un emploi et de meilleures opportunités, la fuite de conflits ou de la guerre, les nombreux déterminants qui impactent leur vie quotidienne (accès à l'éducation, accès à l'offre de santé, respect des droits, satisfaction de besoins primaires) impliquaient de développer des stratégies qui reconnaissaient leur situation et qui dépassaient le niveau individuel d'intervention pour récréer un espoir, lutter pour une place sociale et contre l'oppression, parvenir à des conditions socio-économiques décentes.

Bien qu'elles agissent dans des contextes multiples et variés, tant sur le plan géographique que sur le plan des publics qui étaient mobilisés et visés, plusieurs caractéristiques communes peuvent être extraites de ces neuf interventions qui ont investi plusieurs niveaux de développement de l'empowerment. L'entrée dans le processus d'empowerment est par exemple dans plusieurs cas associée à des situations où des émotions ressenties et exprimées collectivement : le rejet et la réticence initiale à participer à l'intervention que l'on peut expliquer par la situation de désaffiliation des mères dans l'étude de Dunlap (1997), la honte et l'auto-culpabilisation face au sentiment de dépendre des aides sociales et de ne pouvoir assurer une sécurité alimentaire à ses enfants (Monteith et al., 2020), la colère face à des injustices sociales et face à des situations inéquitables ou inacceptables qui déclenchent la mobilisation collective initiale (Eisen, 1994 ; Jasis, 2019). Cette mobilisation a été encouragée en Inde par le travail social communautaire où les personnes issues de communautés marginalisées investissaient le collectif et une cause sociale (Sjöberg et al., 2015). La mobilisation collective a également été soutenue par l'organisation de groupes de

représentants des résidents âgés à faibles revenus dans le Nord-Est des États-Unis (Yoo et al., 2004) ou par la création d'un espace collectif neutre en dehors de leur milieu d'origine pour les femmes socialement défavorisées au sein de la ville allemande d'Erlangen (Röger et al., 2011). La mobilisation communautaire peut s'étendre en investissant différents moyens comme le démarchage porte à porte, une enquête par questionnaires dans le quartier (Douglas et al., 2016), des réunions et groupes de discussions multiples sur les préoccupations des personnes ou pour informer sur les avancements de la démarche communautaire (Eisen, 1994), l'immersion au sein d'associations communautaires déjà existantes (Yoo et al., 2004), la coopération avec des organisations activistes ou militantes centrées sur des changements qui concernent le plus grand nombre de personnes et non seulement quelques individus (Eisen, 1994). Cette mobilisation active s'accompagne d'un diagnostic partagé à l'échelle de la communauté mobilisée grâce à la mise en place d'espaces participatifs et au climat relationnel de confiance créé. Les préoccupations des personnes, du groupe, de la communauté, du quartier peuvent être pensées, discutées, identifiées, puis hiérarchisées et priorisées (Yoo et al., 2004). La plus-value des approches recensées est de permettre un dialogue et des discussions ouvertes avec et entre les personnes sur les problématiques identifiées et vécues par elles-mêmes et non sur celles identifiées par avance par les professionnels ou les institutions (Sjöberg et al., 2015). En s'attaquant aux problématiques prioritaires avec les personnes, et en leur permettant d'elles-mêmes de prendre l'initiative de changer leur quotidien en développant leurs compétences, en agissant sur leur environnement, ou en défendant leurs propositions dans les instances locales politiques (Castro-Arroyave et al., 2020 ; Douglas et al., 2016), ces diagnostics participatifs permettent d'une part d'explorer les problématiques et les ressources des communautés, d'autre part d'ancrer une mobilisation

communautaire où les personnes peuvent créer ensemble le sentiment de pouvoir changer leur quotidien et celui de la communauté large (à l'échelle d'un quartier notamment). Dans le comté de Miami-Dade aux Etats-Unis, les mères ont pu établir des liens indirects mais clairs entre l'alimentation au lait maternel distribué gratuitement dans les hôpitaux (par l'intermédiaire d'une entreprise extérieure) et l'obésité infantile. Les discussions communautaires leur ont permis de se décentrer du mythe dominant selon lequel *« le lait maternel est le meilleur »* et de se mobiliser activement en s'appuyant sur la communauté large et plusieurs ressources extérieures pour éliminer la distribution de lait maternel dans les hôpitaux (Douglas et al., 2016). Eisen (1994), au travers des dix-sept programmes recensés initiant une démarche communautaire, souligne également l'importance d'inclure au sein de ce diagnostic collectif partagé les atouts de la communauté, d'identifier leurs ressources parfois limitées sur les territoires défavorisés, et de chercher à s'appuyer sur leurs forces sociales et culturelles. Pour Castro-Arroyave et al. (2020), l'élaboration des solutions avec les communautés en reconnaissant leur expertise, leurs connaissances, et leur capacité à développer et appliquer de nouvelles compétences a constitué la stratégie clé dans la réussite du programme, malgré également l'important enrôlement de professionnels de disciplines diverses et d'organisations publiques, privées et étatiques : *« Il est important de faire participer la communauté, car elle est responsable de sa vie et possède les connaissances et ce sont les personnes elles-mêmes qui peuvent empêcher que l'insecte continue à coloniser leurs maisons »*. Le diagnostic communautaire permet de porter attention à de multiples déterminants qui influencent le quotidien et la santé des communautés ciblées, comme l'environnement physique, le climat social, les services et ressources aux résidents dans l'étude de Yoo et al. (2004), ou aux trajectoires migratoires, à la lutte pour une place sociale

reconnue, aux discriminations, et l'aspiration à des conditions socio-économiques décentes dans l'étude comparative de Sjöberg et al. (2015). Pour autant, les démarches communautaires recensées qui ont combiné différents niveaux de développement de l'empowerment ont pour la moitié d'entre elles axé délibérément leur attention sur une problématique spécifique et ont concentré les efforts collectifs et les ressources à mobiliser en premier lieu sur cet aspect priorisé. Par exemple, en ciblant les changements sur l'environnement physique (remplissage des fissures et des crevasses au sol et dans les murs des habitations en utilisant les matériaux adéquats et disponibles) pour agir contre la maladie de Chagas, les chercheurs de l'étude de Castro-Arroyave et al. (2020) à l'origine de l'initiative ont pu développer une stratégie collaborative et communautaire large en agissant sur différents niveaux (environnement physique, social et compétences personnelles) sur un objectif précis. De la même façon, l'étude Eisen (1994) montre que les initiatives d'empowerment communautaire les plus réussies ont débuté avec des objectifs spécifiques ou en réponse à des menaces spécifiques, puis ont développé des stratégies globales après avoir travaillé à problématiser les questions prioritaires des habitants avec les déterminants structurels qui influençaient ces problèmes spécifiques. Le Centre Power U pour le changement social dans le comté de Miami-Dade, et l'Organizing Asian Communities (CAAAV) dans le quartier de Chinatown à New-York se sont rapidement centrés sur une question ciblée pour prévenir l'obésité infantile : la préoccupation des mères sur la distribution gratuite de lait maternel dans les hôpitaux, les politiques et pratiques d'urbanisation et de gentrification inéquitables (Douglas et al., 2016). Les mères se sont activement mobilisées en explorant d'autres situations similaires existantes et inspirantes sur d'autres territoires, en animant des réunions de collecte de fonds, en développant des partenariats avec d'autres organisations,

et en participant aux réunions de la mairie. A Chinatown, la diffusion de messages à la communauté large, l'élaboration de propositions au niveau du plan d'urbanisation local, et la participation à de multiples espaces publics pour défendre les intérêts des personnes à faibles revenus ont permis d'influencer les politiques locales. Enfin, Yoo et al. (2004) ont proposé toute une démarche en six étapes pour identifier, hiérarchiser et agir sur les problématiques prioritaires qui influençaient la santé de résidents âgés à faibles revenus. Suivant les différents groupes de résidents, les brainstormings ont permis de cibler des priorités ayant trait à l'environnement physique, au climat social, et aux services et ressources aux résidents. Les multiples discussions collectives, des outils de sélection et de catégorisation, le transfert de compétences aux leaders existants ou émergents de la communauté, ont permis d'élaborer et de mettre en œuvre un plan d'action pour agir sur l'environnement physique (amélioration des bâtiments et du cadre de vie). Les coupes budgétaires et les différences de vision des agences partenaires ont stoppé l'initiative et soulignent l'importance de cibler les marges de manœuvres des organisations et institutions, dans quelle mesure celles-ci peuvent rentrer dans une réelle stratégie d'empowerment organisationnel afin de ne pas limiter le processus à la seule communauté participante.

Plusieurs éléments clés peuvent être identifiés au sein de ces travaux dans le processus de développement de l'empowerment au niveau personnel et communautaire. En premier lieu, la nécessité d'un environnement relationnel sûr et de confiance pour permettre aux personnes et à la communauté mobilisées d'adhérer et de s'impliquer dans la démarche participative proposée (Yoo et al., 2004), de pouvoir être des sujets actifs apportant leur propre expertise et développant de nouvelles compétences (Castro-Arroyave et al., 2020), d'exercer de nouveaux rôles (exemple : représentant de parents d'élèves) grâce aux

compétences relationnelles développées dans les interactions de confiance et de soutien (Dunlap, 1997), d'oser exprimer et avoir une meilleure appréhension des pressions socio-normatives de genre vécues au quotidien (Röger et al., 2011). Un autre élément clé relevé est le développement de leadership qui permet de promouvoir la parole et la participation souvent inexistantes chez les personnes en parcours migratoire (Jasis, 2019), d'organiser des activités de plaidoyer (Douglas et al., 2016 ; Monteith et al., 2020), de faciliter la prise en charge des démarches par la communauté grâce à l'émergence de nouveaux leaders ou de s'appuyer sur ceux existants (Eisen, 1994 ; Yoo et al., 2004). Plusieurs interventions révèlent aussi l'intérêt de permettre aux personnes d'exercer de nouveaux rôles au sein du collectif ou auprès de la communauté plus large (Douglas et al., 2016 ; Dunlap, 1997), en offrant de nouvelles responsabilités et opportunités par l'intégration de parents au sein de l'organisation scolaire (Jasis, 2019 ; Dunlap, 1997), en étant formés comme animateurs possédant de nouvelles compétences sur la problématique visée (Castro-Arroyave et al., 2020), en siégeant dans les instances participatives et représentatives locales (Douglas et al., 2016 ; Röger et al., 2011).

En termes de développement de l'empowerment organisationnel, quatre éléments clés peuvent être relevés parmi ces neuf interventions investissant des stratégies combinées de développement de l'empowerment. Le premier est la reconnaissance par les professionnels et les décideurs des problématiques vécues par les personnes défavorisées. Plusieurs expériences montrent la nécessité d'initier une stratégie globale compréhensive pour s'attaquer aux causes profondes de l'insécurité alimentaire (Monteith et al., 2020), prendre en compte les barrières sociales et culturelles pour s'engager dans des activités physiques (Röger et al., 2011), saisir et comprendre la réalité des familles touchées par la maladie de

Chagas (Castro-Arroyave et al., 2020), prendre conscience et connaissance des réalités socio-économiques et culturelles des élèves et de leur famille issus d'un milieu agricole (Jasis, 2019), reconnaître les nombreux déterminants de santé des populations vulnérables socialement en fonction de leurs appartenances : besoins primaires, sécurités, respect des droits de l'homme, chômage, faible niveau d'éducation, logement médiocre, mauvaise santé, accès limité aux réseaux ou au pouvoir (Eisen, 1994 ; Sjöberg et al., 2015). Le deuxième point est la capacité des interventions à créer des alliances avec d'autres organisations, professionnels ou décideurs et de travailler en réseau. Ainsi, en Suède, le travail social communautaire s'organisait en réalité principalement par l'identification de professionnels clés qui faisaient office de leadership dans le travail coopératif, et par la collaboration intersectorielle pour rassembler et interagir entre professionnels et créer un dialogue avec les représentants politiques locaux (Sjöberg et al., 2015). Dans le comté de Miami, le Centre Power U pour le changement social a par exemple créé une quinzaine d'alliances avec d'autres organisations et embauché des professionnels extérieurs (sur les questions de discriminations, d'accouchement) ce qui a permis à la communauté de considérablement accroître son expertise et son influence au niveau local (Douglas et al., 2016). Les programmes participatifs auprès de parents issus de milieux agricoles et d'origine mexicaine en Californie ont eux permis progressivement aux dynamiques communautaires d'être reconnues par les organisations scolaires (direction, enseignants) et de nouer des relations de partenariat solide avec les écoles et de meilleures interactions avec les familles (Jasis, 2019). A Erlangen en Allemagne, le programme d'accès à l'activité physique auprès de femmes socialement défavorisées a développé un réseau de relations et des collaborations avec des décideurs importants, des éducateurs physiques, de nouvelles femmes du territoire, des membres du

personnel du conseil municipal, le personnel du bureau local des sports, le directeur d'un club sportif, ce qui a grandement contribué à organiser le processus décisionnel avec toutes les parties prenantes (Röger et al., 2011). Parmi les dix-sept programmes de santé publique qui ont investi des stratégies de développement communautaire à l'échelle de quartiers défavorisés, Eisen (1994) a relevé l'importance de parvenir à construire un dialogue horizontal entre les habitants, les décideurs et financeurs pour par exemple se faire entendre aux conseils d'école, participer aux conseils municipaux et y exercer une influence, faire pression sur la ville pour installer des aménagements sur des problématiques sensibles comme le trafic de drogues. Le troisième élément commun est le pouvoir construit par plusieurs des interventions combinées pour influencer les politiques et décisions locales, notamment par des activités de plaidoyer. Cette influence passe nécessairement par la capacité et la possibilité pour ces interventions de créer les opportunités pour les personnes organisées en collectif d'interagir avec les décideurs et de participer aux instances décisionnelles locales. A Chinatown, les résidents les plus démunis ont ainsi pu faire entendre leur voix au niveau des politiques locales en exprimant leurs préoccupations au sein de réunions et d'assemblées publiques, en élaborant des recommandations pour le plan d'urbanisation et en les défendant auprès des institutions chargées de l'urbanisme local (Douglas et al., 2016). A Erlangen, les femmes ont été incluses dans la prise de décision avec les différentes parties prenantes dont le conseil municipal, elles ont pu étendre leur participation à d'autres instances représentatives telles que le Conseil consultatif pour l'intégration des étrangers (Röger et al., 2011). Les expériences d'Eisen (1994) et de Monteith et al. (2020) soulignent de la même façon le rôle essentiel d'étendre la participation des habitants et des familles dans les conseils d'école, les conseils municipaux, ou au sein de forums publics afin de faire connaître les

dynamiques et productions collectives en cours par des interactions réelles avec les décideurs. Ces opportunités d'interactions et d'influence vont de pair avec les intentions des décideurs et parties prenantes de réellement développer la participation dans un processus ascendant où les préoccupations sont écoutées et la prise de décision partagée : *« ils nous ont demandé ce que nous voulions »* (retour d'expérience d'une femme participante) (Röger et al., 2011). Une visibilité large via différents canaux de communication (flyers, interview télévisée, rapport d'enquête ou scientifique) qui mettent en avant les bénéfices de l'intervention collective et intersectorielle contribue également à faciliter l'influence de ces dynamiques qui peuvent être source d'inspiration pour les municipalités (Castro-Arroyave et al., 2020 ; Douglas et al., 2016 ; Röger et al., 2011). Le plaidoyer a été une activité mise en avant pour promouvoir l'engagement communautaire, créer de nouvelles compétences des personnes, affirmer les alliances et les ressources développées par la communauté et l'intervention, et poursuivre des finalités de changement social (Douglas et al., 2016 ; Eisen, 1994 ; Monteith et al., 2020). La production de changements sociaux est le dernier élément clé commun relevé parmi ces interventions investissant différentes stratégies d'empowerment. La dynamique communautaire et partenariale en Allemagne a donné accès aux femmes de la communauté large à différentes ressources publiques et sportives (accès à différentes salles de sport publiques, et créneaux spécifiques dédiés au sein de la piscine publique) (Röger et al., 2011). Au Canada, les efforts collectifs de femmes défavorisées pour lutter contre l'insécurité alimentaire en Nouvelle-Ecosse ont permis de produire des changements sur les dispositifs d'aide sociale par l'augmentation de l'allocation alimentaire (Monteith et al., 2020). La dynamique interdisciplinaire, collaborative et communautaire dans les territoires ruraux de Comapa au Guatemala est parvenue à créer une solution reconnue contre la maladie de

Chagas, étendue aujourd'hui dans dix-sept autres localités dans quatre pays différents. Quatre-vingt pour cent des punaises ont pu être soustraites des murs avec les communautés locales qui ont modifié leurs habitudes dans la gestion des animaux domestiques, ont appris à cultiver leurs parcelles et à commercialiser leur production fruitière, favorisant indirectement l'empowerment des femmes par une indépendance économique et de nouvelles compétences pour entreprendre. La pauvreté a été réduite, et les populations locales ont pu bénéficier d'une alimentation et d'un cadre de vie plus sains (Castro-Arroyave et al., 2020). A New-York, dans le quartier de Chinatown, la communauté par son action de plaidoyer a obtenu le droit de vote des associations de locataires à faibles revenus au sein de la gouvernance locale : *« C'est vraiment essentiel, car d'après ce que j'ai compris, il s'agit de la première campagne d'urbanisation où la politique de la ville se tourne vers les conseils communautaires pour obtenir leur avis sur ces propositions »* (retour d'expérience d'un professionnel impliqué) (Douglas et al., 2016). De la même façon, plusieurs années après avoir participé au programme inclusif avec l'école maternelle, les parents d'un quartier défavorisé d'une grande ville métropolitaine du sud des Etats-Unis ont continué à agir localement pour la communauté large en s'investissant dans l'église ou dans une organisation de résidents qui conseillait l'office local du logement sur l'état physique des bâtiments et mettait en place des programmes communautaires (Dunlap, 1997). Sur les dix-sept programmes de santé publique recensés par Eisen (1994) qui ont investi des stratégies de développement communautaire à l'échelle de quartiers défavorisés, huit avaient pu s'organiser suffisamment pour solliciter des subventions locales et susciter d'autres réinvestissements dans leurs quartiers. Une des conclusions de la revue d'Eisen est par ailleurs de privilégier des actions systémiques et multiples en agissant localement par différents moyens (formations, intégration dans les

espaces participatifs, faire pression au niveau des politiques locales) et en ambitionnant des changements à plusieurs niveaux pour réorienter les politiques et services vers les problématiques prioritaires des personnes et communautés défavorisées. Les expériences relatées par Castro-Arroyave et al. (2020) et Douglas et al. (2016) illustrent l'intérêt d'interventions systémiques pour exercer une vraie influence sur le bien-être, la santé, et sur les politiques en direction des personnes défavorisées qui reconnaissent elles-mêmes la plus-value de ces approches globales et participatives. Eisen (1994) souligne cependant que les efforts locaux pour agir sur de multiples déterminants comme le logement, l'emploi, la santé, l'éducation, et l'accès aux services sociaux peuvent être rendus insignifiants par le fait que la plupart des politiques économiques et sociales qui ont un impact sur la santé sont nationales voire transnationales, légitimant l'inertie et l'impuissance acquise des institutions et des structures sociales. De plus, malgré la popularité croissante de l'empowerment, un consensus sur sa définition reste difficile à atteindre, en particulier à l'échelle de la communauté, bien que l'intérêt des approches de développement de l'empowerment centrées sur les processus collectifs à l'échelle du groupe et de la communauté soit de plus en plus prégnant.

3.6. Les différentes séquences et éléments du processus d'empowerment

En ciblant les éléments communs les plus fréquents dans les différentes études recensées au sein de cette revue de la littérature, onze séquences ont pu être identifiées dans le processus d'empowerment (cf. tableau 2) :

- Créer un environnement relationnel sécurisant, de confiance, accueillant les émotions
- Reconnaître les conditions d'existence et les souffrances psychosociales
- Espaces d'échanges centrés sur les préoccupations prioritaires et communes
- Appui sur les expériences, les compétences et les ressources des personnes
- Partage d'expériences et conscientisation
- Entraide et soutien social dans la relation, le groupe, la communauté
- Développement de compétences, de leadership et de nouveaux rôles
- Développement communautaire et des interactions entre les personnes
- Nouvelles ressources, partenariats et opportunités
- Nouvelles fonctions, cultures professionnelles et organisationnelles
- Barrières contextuelles, professionnelles et organisationnelles

L'annexe 2 présente l'intégralité des éléments de processus et de résultats de chacun des 33 articles analysés.

Tableau 2. Les différentes séquences et éléments du processus d'empowerment

ENTREE DANS LE PROCESSUS : CREER DES ESPACES D' ECHANGES SECURISANT ET RECONNAITRE LE VECU ET LES PRIORITESD	**Créer un environnement relationnel sécurisant, de confiance, accueillant les émotions**	
		Fréquence*
	Un environnement sûr, neutre et sécurisant et de confiance pour s'exprimer *Pouvoir discuter ouvertement avec leurs pairs, exprimer leurs expériences douloureuses, leurs échecs, tensions, opinions, sans jugement, confiance dans les promoteurs de santé pairs, liens de confiance dans le groupe, parler en dehors de son milieu d'origine, établir des relations de confiance avec les communautés*	12
	Entrée dans le processus d'empowerment par l'accueil des émotions *Exprimer en sécurité l'anxiété, la colère, le sentiment de perte, de désespoir, l'impuissance, expression des frustrations générées par le contrôle des familles, du mécontentement du peu d'attention des professionnels de santé, de la colère et de l'indignation suite à des injustices perçues, de la honte d'être dans le système d'assistance sociale*	7
	Reconnaître les conditions d'existences et les souffrances psychosociales	
	Prise en compte et reconnaissance des souffrances psychosociales *Perte d'emploi, isolement social, difficultés familiales, traumas, situation d'oppression, trajectoires migratoires, cumul de l'exposition à des situations de vulnérabilité (violence, stigmatisation, racisme), conditions de logement, absence d'appartenance et d'espace de participation sociale, auto-culpabilisation et mésestime de soi*	10
	Reconnaître leur situation et les obstacles dans leur vie quotidienne *Comprendre et contextualiser la vie quotidienne et le rôle de mère, pouvoir décrire collectivement leur situation, prendre en compte le contexte de vie des jeunes, comprendre la réalité quotidienne des familles malades, la réalité socio-économique des familles en zones rurale et issues de minorités, et les injustices sociales*	9
	Espaces d'échanges centrés sur les préoccupations prioritaires et communes	
	Exploration des problématiques concernant les déterminants sociaux sensibles *Prendre en compte les problèmes de santé mentale, reconnaître les préoccupations prioritaires (logement, aides sociales, faible participation, accès aux services), les inégalités sociales et les besoins fondamentaux (alimentaire, sécurité, respect des droits, accès aux ressources), identifier les demandes de soutien émotionnel, favoriser le dialogue professionnels-usagers sur les déterminants, espaces pour explorer les déterminants*	8
	Echanges autour des problématiques communes *Comprendre les problèmes de santé communs, partage des problèmes importants entre parents, réflexion critique par les discussions communautaires, réunions de quartier pour intégrer les problématiques des personnes dans la planification, dialogue ouvert sur les problèmes identifiés par les personnes elles-mêmes*	8
	Espace relationnel centré sur les préoccupations et objectifs des personnes *Besoins et objectifs ciblés par les personnes, pendre en compte les préoccupations prioritaires, aspirations et demande du groupe, définitions des priorités et des ressources extérieures nécessaires, définition d'un objectif principal par la communauté, permettre aux femmes de décider ce qu'elles veulent entreprendre, quel désir de changement, objectifs d'inclusion social à long terme*	12

PARTAGER LES EXPERIENCES, S' APPUYER SUR LES FORCES DES PERSONNES ET FAVORISER LA CONSCIENTISATION	**Appui sur les expériences, les compétences et les ressources des personnes**	
		Fréquence
	Mise en récit et partage d'histoires *Partage d'histoires, mettre en récit entre pairs les traumas et souffrances psychosociales, partage de récits personnels dans le groupe, narrer leur identité de mères en zone rurale, partage d'expériences similaires et de stratégies diverses, partage d'enseignements sous forme de récits, développer des récits personnels créatifs (ex. : poèmes, chanson, autre représentation artistique)*	9
	Appui sur connaissances et compétences déjà là des personnes *Connaissances et opportunités issus de leur vécu, promotion des compétences et connaissances des parents, transférer les compétences déjà-là à d'autres contextes de vie, valoriser les qualités des personnes, reconnaissance par les professionnels des capacités des personnes, mise à disposition par la communauté de leurs connaissances, compétences et ressources, s'appuyer sur les usages et coutumes des communautés*	8
	Partage des forces et des ressources et résolution de problèmes en groupe *Inventaire complet des forces, des atouts et des ressources de leur communauté, partage de stratégies entre parents, partage de ressources sur les dispositifs existants (aide social, système scolaire, insécurité alimentaire), apprendre les uns des autres, espace du groupe pour résoudre les problèmes de santé de la communauté, recherche collective de solutions*	9
	Partage d'expériences et conscientisation	
	Partage d'expériences, identification, et nouvelles perspectives *Identification aux mentors qui ont un parcours douloureux similaire, partage de vécus similaires, de difficultés et d'intérêts communs, développer un nouveau regard sur son expérience par le partage en groupe, partage de points de vue et des émotions sur les vécus similaires, explorer d'autres identités au-delà de celle stigmatisée, favoriser des perspectives variées, identification à la communauté*	13
	Conscientisation : réflexion critique, conscience collective et sociale *Conscience collective sur les situations de discriminations, démystification de croyances dominantes, conscience sociale sur les inégalités de classe et de genre, prise de distance avec la croyance intériorisée du rôle traditionnelle de la femme, compréhension des système de santé ou de l'offre alimentaire, réflexion critique sur l'instabilité des parcours migratoires ou le handicap, connaissances de leurs droits et nouvelles perceptions d'iniquités, s'inspirer de figures symboliques émancipatrices*	13

* Fréquence = nombre d'articles parmi les 33 recensés où l'élément apparaît. Exemple : l'élément « Un environnement sûr, neutre et sécurisant et de confiance pour s'exprimer » est apparu dans 12 des 33 articles recensés dans cette revue de la littérature.

CREER DES RELATIONS DE SOUTIEN SOCIAL, DES POSSIBILITES D'APPRENTISSAGE ET L'EXERCICE DE NOUVEAUX ROLES

Entraide et soutien social dans la relation, le groupe, la communauté	Fréquence
Entraide et soutien social entre pairs *Soutien social informel dans les petits groupes, soutien mutuel dans la communauté, groupes d'entraide entre les personnes défavorisées, soutien par les pairs et les mentors, cercle de parole créé, entraide et soutien fiable et immédiat par la communauté, les parents ont appris à se soutenir, se soutenir et s'encourager mutuellement*	11
Soutien émotionnel, informationnel et pratique *Soutien émotionnel face à la détresse liée à la maladie, les relations difficiles avec les hommes, les évènements de vie (mort d'un proche, violence, manque de revenus pour satisfaire les besoins primaires), soutien informationnel sur les rendez-vous médicaux, les questions de santé, soutien pratique en gardant les enfants, via l'interprétariat, par une aide matérielle.*	6
Développement de compétences, de leadership et de nouveaux rôles	
Apprentissage de connaissances et de compétences *Situations de co-apprentissage, compétences politiques : analyser les systèmes de normes et de valeurs, apprendre à défendre ses intérêts auprès des institutions, des services sociaux et face aux représentants politiques, compétences relationnelles et communicatives : parler en public, interagir avec des institutions, apprentissages divers : alphabétisation, droits des femmes, gestion d'entreprise, automédication, parentalité, entretien des sols et du bâtit, politiques publiques*	10
Développement de leaderships dans le groupe ou pour la communauté large *Emergence et formation de leaderships communautaires pour le quartier, développement de la croyance à exercer un leadership dans la communauté, développement d'un leadership engagé parmi les parents, Importance du leadership communautaire pour que les programmes soient pris en charge par la communauté, transférer les compétences de leadership à d'autres contextes*	8
Expérience de nouveaux rôles, intégration dans la communauté ou des organisations *Prévention par les pairs : offrir des opportunités de prévention à d'autres résidents, volontaires pairs formés pour animer des groupes ou pour améliorer l'habitat dans leur propre communauté, bénéficier de programmes de formation dans l'organisation, opportunités d'exercer de nouveaux rôles et des responsabilités en étant intégré à l'école, dans des associations ou au travers de nouvelles activités créatives*	8

DEVELOPPEMENT DE LIENS ET DEVELOPPEMENT COMMUNAUTAIRE

Développement communautaire et des interactions entre les personnes	Fréquence
Développement de liens, de cadres de communications informels, inspiration par les pairs *Développement de liens en travaillant avec d'autres femmes en association, espace du groupe pour sortir de l'isolement, s'exprimer et créer des amitiés, multiplies possibilités de discussion, partager ses connaissances de manière formelle ou informelle par le récit, création d'un groupe communautaire distinct des organisations d'aide, s'inspirer mutuellement sur les changements pour leur santé*	6
Développement et structuration de la démarche communautaire *Formation de groupes de travail centrés sur la communauté large, définition d'une vision commune par les plus défavorisés, maintien d'un même objectif principal à long terme, enquête auprès de la communauté large, s'informer collectivement sur les droits, réunions de quartier au cours desquelles les progrès de la démarche sont communiqués, enrôlement de nouveaux habitants et partenaires*	7
Faire communauté : engagement dans membres et autonomisation du collectif *Développer des significations communes et partagées, engagement à devenir des leaders pour la communauté, autogestion du groupe, recherche indépendante de fonds, premiers résultats visibles renforçant la dynamique communautaire et la reconnaissance par les habitants, engagement des membres du groupe sur les priorités fixées*	7
Dynamique conflictuelle *Emergence de conflits et d'intérêts différents, apprendre à aborder les conflits dans un cadre sécure, différence de visions entre groupes de parents ou groupes d'habitants aux niveaux socio-économiques et capital social différents, les intérêts des plus favorisés dominent les décisions et limitent la participation, conflit épistémique entre les stratégies de développement communautaire et d'entreprenariat individuel, résultats directs et visibles en matière de santé qui prévalent pour les financeurs*	5

CREER DE NOUVELLES POSSIBILITES ET TRANSFORMER LES CADRES PROFESSIONNELS ET ORGANISATIONNELS

Nouvelles ressources, partenariats et opportunités	
	Fréquence
Mise en lien avec des ressources extérieures, nouvelles opportunités *Organisations communautaires existantes qui offrent un soutien financier, psychosocial ou sur le logement, aider les résidents à trouver des ressources (ex : services dentaires et transports accessibles), accès aux prêts bancaires grâce au groupe, perception de davantage de possibilités, lien avec des ressources d'autres secteurs (conseillers agricoles, tourisme, justice, emploi, études), ressources matérielles pour améliorer les logements, appui d'organisations (soutien juridique et politique) et de professionnels extérieurs (expert en discriminations, professionnels de santé)*	13
Développement de partenariats avec des organisations extérieures *Développement de partenariats solides avec les services locaux, les écoles, des organismes extérieurs, coopération entre les ONG et les services sociaux par des relations de confiance, interagir avec des associations, des institutions de différents secteurs et des décideurs, interconnaissances entre partenaires, collaboration croissante avec de nouveaux acteurs et organisations*	7

Nouvelles fonctions, cultures professionnelles et organisationnelles	
Fonction de facilitateur des professionnels animateurs *Utilisation d'un langage simple et adapté, soutien à l'expression, à la construction de témoignages, d'une vision commune et d'un plan d'action, encouragement à participer au groupe, susciter le partage, la réflexion, animer les groupes, défendre les préoccupations communes des personnes, sortir des représentations incapacitantes, cibler et valoriser les points forts, les capacités, les opportunités, aider à gérer les conflits, encourager une attitude positive et le changement social*	14
Des environnements habilitants, soutenants, transformant les façons de faire *Adapter les services existants impliqués, engagement sur le long terme, transférer les processus décisionnels aux personnes, prioriser les démarches ascendantes, intégrer le travail élaboré en groupe par les personnes dans les instances décisionnelles, nouer des relations de partenariat avec les organisations communautaires crées, relations horizontales avec les professionnels*	11
Créer de nouvelles cultures organisationnelles et professionnelles *Temps consacrés à la réflexion et au développement créatif de l'organisation, référents en tant que professionnel, mentor, ou pair, intérêt pour l'écoute directe des points de vue des personnes en situation de précarité, cadres de pensées centrés sur le changement social et l'apprentissage plus que sur les déficits individuels, compétences participatives et coopératives des professionnels, étendre la conscientisation avec les décideurs*	8

FREINS CONTEXTUELS ET STRUCTURELS AU DEVELOPPEMENT DE L' EMPOWERMENT

Barrières contextuelles, professionnelles et organisationnelles	
	Fréquence
Barrières objectives et psychosociales liées aux conditions d'existence précaires *Reconnaître les obstacles extérieurs à la participation et à la santé (garde d'enfants, transports, coût de soins, éloignement géographique, statu de migrant ou de réfugié), mettre en évidence des barrières structurelles tel que l'accès à l'éducation (analphabétisme), la dépendance à l'agriculture ou au petit commerce, la destruction de logements publics, la fermeture d'écoles, discriminations vécues et intériorisées liées au genre, au handicap, au statu de veuve, en tant que victime et auteur de violence, disqualification de leurs capacités du fait de leur situation*	9
Cadres professionnels et organisationnels limitants *Ressources et capacités des travailleurs sociaux limités et mobilisées sur les situations d'urgence, priorités définies par les institutions ou les organisations, préoccupations nécessitant l'action d'autres secteurs (éducation, emploi, besoins primaires), financeurs s'opposant aux initiatives des plus défavorisées ou centrés sur les résultats, turnovers des professionnels et des participants, réticence, inertie ou impuissance acquise d'institutions face à l'étendue des problèmes, contraintes et coupes budgétaires*	8
Cultures organisationnelles et professionnelles éloignées de l'empowerment *Conformité à la réglementation et catégorisation des personnes sans chercher à changer leur situation, logiques descendantes dans les décisions prises provoquant l'impuissance et exerçant un pouvoir de contrôle, absence de définition partagée sur l'empowerment collectif réduit parfois à des groupes de pression, manque de modèle préalable opérationnel sur le processus d'empowerment, changement centré sur les services plus que sur la justice sociale, pratiques sociales centrées sur l'individu plus que sur le collectif, non reconnaissance des dynamiques collectives informelles*	6

3.7. Les résultats associés au processus d'empowerment

Le tableau 3 répertorie huit catégories de résultats principaux en termes d'empowerment personnel, communautaire, organisationnel, et politique :

- Une plus grande confiance des personnes, un nouvel espoir et regard sur leur situation

- Bénéfices individuels concrets acquis dans l'espace des relations

- Libération des forces oppressives et inclusion sociale

- Nouvelles ressources, opportunités, et nouveaux rôles pour la communauté

- Relations de soutien, sentiment d'appartenance, et engagement collectif

- Culture et compétences participatives des professionnels centrées sur le changement

- Des collaborations et des organisations communautaires instituées

- Des démarches collectives ascendantes qui visent le changement social

Tableau 3. Les résultats associés au processus d'empowerment

EMPOWERMENT PERSONNEL	**Une plus grande confiance, un nouvel espoir et regard sur leur situation**	
		Fréquence
	Amélioration de la confiance par l'exercice de nouvelles compétences *Conscience de ses forces et ressources, valeur personnelle conférée par le groupe, nouvelles connaissances et compétences acquises, expérience de nouveaux rôles, les femmes ont appris à s'exprimer, nouvelles compétences entrepreneuriales et autonomie*	12
	Nouvel espoir et perspectives *Espoir de changement par le lien aux mentors, nouvelles possibilités perçues, désir d'être actif par le travail ou le volontariat, croire en l'avenir et au changement, nouvelle vision de l'avenir, penser qu'une vie différente est possible*	9
	Conscience critique : nouveau regard sur leur situation *Nouveau regard sur leurs circonstances de vie, leur position sociale en tant qu'hommes et femmes, pensée critique sur les problèmes sociaux et le pouvoir institutionnel, réflexion sur les droits*	8
	Bénéfices individuels concrets acquis dans l'espace des relations	
	Bénéfices individuels concrets *Trouver un emploi, poursuivre des études ou une formation, sortir du foyer familial, indépendance financière, défense de ses droits, nouvelles habitudes de santé (alimentation, activité physique), nouvelles ressources économiques (prêts bancaires, revenus partagés)*	12
	Poursuite des objectifs dans la dynamique relationnelle et par des efforts et tâches croissants *Confiance et soutien dans l'atteinte des objectifs, développer et atteindre des objectifs communs, petits efforts récompensés encouragent d'autres objectifs, petites tâches perçues comme réalisables, petits gains qui réaffirment les capacités collectives du groupe*	12 8
	Compétences relationnelles : pouvoir être davantage en relation *Améliorations des relations parents-enfants, médecins-patients, établir des liens avec des mentors, perte de la peur de participer, identification et expression des émotions, compétences communicatives et participatives y compris avec des représentants politiques*	

EMPOWERMENT PERSONNEL & COMMUNAUTAIRE	**Libération des forces oppressives et inclusion sociale**	
		Fréquence
	Libération des forces oppressives *Déstigmatisation, sortir de l'isolement et de la domination masculine, restaurer la dignité par le lien social, sortir de la disqualification par des projets artistiques, plus d'autonomie dans les choix entrepreneuriaux, sortir de la dépendance de l'aide publique*	11
	Inclusion sociale par l'intégration à une organisation ou/et à une communauté *Sentiment de liaison à l'organisation, participation des femmes à la vie sociale, sentiment d'appartenance au quartier, développement du leadership et de la citoyenneté, participation à de nouvelles organisations*	7
	Nouvelles ressources, opportunités, et nouveaux rôles pour la communauté	
	Accès à des ressources externes et à de nouvelles opportunités sur différents déterminants *Obtenir un logement social, reprise d'études, opportunité de travail, accès aux soins, à une alimentation saine, à l'éducation pour leurs enfants, nouveaux revenus, nouvelles activités, accès aux ressources publiques, nouvelles ressources collectives grâce aux partenariats*	9
	Nouveau rôle social dans et pour la communauté *Participation à des actions sociales ou de prévention, nouvelle place sociale en tant que femmes, réponse aux besoins des membres de la communauté large, être des acteurs de changement pour le quartier, leadership communautaire*	14
EMPOWERMENT COMMUNAUTAIRE	**Relations de soutien, sentiment d'appartenance, et engagement collectif**	
	Liens sociaux et relations de soutien entre pairs *Liens sociaux développés ; nouveaux réseaux de soutien social, espace informel d'interactions, cohésion de groupe par l'entraide, espace de soutien indépendant, relations entre pairs sécurisantes*	11
	Sentiment d'appartenance au groupe, à la communauté *Identification à la communauté, confiance dans le groupe, vision commune centré sur les personnes les plus défavorisées, nouveau sentiment de sécurité avec le quartier, sens de la communauté, influence des membres entre eux par les expériences partagées*	9
	Investissement et engagement dans le collectif *Engagement actif, décision collective, confiance dans le groupe, plan d'action collectif, identification à la communauté, sentiment de sécurité, actions collectives, sens de la communauté, leadership communautaire, vision commune*	10

EMPOWERMENT ORGANISATIONNEL	**Culture et compétences participatives des professionnels centrées sur le changement**	
		Fréquence
	Relation horizontale et de soutien entre les personnes et les professionnels *Rapport d'égal à égal, dialogue interactif, participer en tant que co-apprenants égaux, projets communs entre les jeunes et les professionnels, partenariat entre l'organisation communautaire et l'école, relation de confiance, d'écoute et de soutien émotionnel des personnes et des groupes*	8
	Nouvelles compétences et stratégies des professionnels pour agir sur les déterminants prioritaires et développer l'empowerment *Mobiliser des ressources extérieures, organiser des ateliers collectifs, actions de lobbying envers la hiérarchie ou sur des aspects législatifs, agir sur de nombreux déterminants (relations de genre, revenus, logement, éducation…), agir de manière intersectorielle, défense des intérêts de la communauté, travailler en groupe pour le changement social*	10
	Des collaborations et des organisations communautaires instituées	
	Collaboration entre organismes *Soutien réciproque entre ONG et structures sociales, collaboration permanente avec des institutions (police, département de l'urbanisme, ministère de la santé), nouveaux partenariats autour d'objectifs communs, alliances avec des organisations locales établies (bureau local des sports centre de santé, organisation d'aide sur le plan juridique et politique), mobilisation d'organisations activistes et militantes, travail en réseau*	10
	Dynamiques collectives ou organisations communautaires formalisées et reconnues *Engagement envers la communauté large, offre de santé crée, reconnaissance par la communauté large, mise en commune des ressources, redistribution des revenus, autonomisation des groupes, reconnaissance de l'expertise communautaire, poids politique, noyau dur de personnes, activités communautaires multiples et visibles*	9

EMPOWERMENT COMMUNAUTAIRE, ORGANISATIONNEL & POLITIQUE	**Démarches collectives ascendantes qui visent le changement social**	
		Fréquence
	Multiples initiatives collectives pour exercer une influence *Lobbying d'organisations et d'institutions, réalisation de projets préventifs (cercle de parole sur la santé, guide de ressources, alphabétisation), sensibilisation de la communauté large (bulletins d'information, brochures, affiches), rapport d'enquête et recommandations diffusés, plan d'action collectif*	10
	Activités collectives de plaidoyer, de pression, de mobilisation *Participation aux réunions publiques (ex : conseil municipal), interagir avec des fonctionnaires, institutions, et des représentants politiques, écriture de courriers et pétitions, plaidoyer construit avec des alliés et des professionnels (ex : avocat), élaborations de recommandations, siéger dans les instances décisionnelles*	7
	Changements au niveau des services sociaux, changement social, changement de politique *Nouveaux horaires d'ouverture de services, augmentation de l'allocation alimentaire, fusion du centre de santé communautaire avec un établissement publique de santé, droit de vote d'associations communautaires au sein de la gouvernance locale, action systémique et communautaire reconnue comme plus efficace et étendue à plusieurs pays*	7

4. Discussion

4.1. Les étapes du processus d'empowerment en contexte de précarité

Plusieurs étapes et séquences du processus d'empowerment ont été formalisées à l'issue de cette revue de la littérature et permettent de mieux comprendre le développement de l'empowerment contextualisé aux situations de précarité (cf. figure 4).

La première étape est de créer des espaces d'échanges sécurisants et de reconnaître le vécu et les priorités des personnes inscrites dans des conditions d'existence défavorables. Par la mise en place d'environnements relationnels sûrs et de confiance, les personnes ont pu exprimer leurs préoccupations et cibler les déterminants sociaux les plus sensibles qui impactent leur quotidien. Leurs souffrances d'origine sociale ont pu être entendues et reconnues par les pairs et les professionnels.

La deuxième étape consiste à asseoir ces dynamiques relationnelles et collectives entre et avec les personnes en favorisant le partage d'expériences, et en s'appuyant sur leurs forces, leurs compétences et leurs ressources, et en développant un travail de conscientisation. Au sein des interactions peuvent être partagées les expériences similaires et une réflexion critique sur les problématiques sociales auxquelles les personnes sont confrontées. Elles peuvent y construire un nouvel espoir, de nouvelles perspectives, et se libérer de forces oppressives liées à des inégalités structurelles ou au cumul de situations de précarité vécues.

La troisième étape se réalise par le développement de relations de soutien social, de possibilités d'apprentissage, et l'exercice de nouveaux rôles. L'entraide et des soutiens

multiples (émotionnels, informationnels et pratiques) ont pu émerger dans les dynamiques relationnelles, de groupe, ou à l'échelle d'une communauté. Les personnes ont pu développer de nouvelles compétences, leur leadership et expérimenter de nouveaux rôles au sein de communautés ou d'organisations.

La quatrième étape concerne plus spécifiquement le développement communautaire et des liens entre pairs. Progressivement les groupes peuvent gagner en autonomie, traverser des dynamiques conflictuelles, et faire communauté. De nouveaux réseaux de relations se développent, ainsi qu'un sentiment d'appartenance. Les personnes investissent le collectif, s'y engagent activement, développent des objectifs communs sur les priorités partagées.

La cinquième et dernière étape concerne la création de nouvelles possibilités et la transformation des cadres professionnels et organisationnels en faveur du développement de l'empowerment. De nouvelles ressources extérieures sont mobilisées et de nouveaux partenariats sont créés. Des professionnels et des organisations clés facilitent le développement de l'empowerment. Les environnements deviennent plus habilitants et soutenants, capables d'agir sur les déterminants sociaux ciblés. Les professionnels et les organisations créent des nouvelles façons de faire, les dynamiques collectives et les organisations communautaires sont reconnues. Le processus d'empowerment peut alors s'orienter vers de multiples initiatives ascendantes qui visent le changement social, la réorientation des services sociaux, et l'influence de politiques qui touchent à la santé ou à ses déterminants.

Figure 4. Les étapes du processus d'empowerment en contexte de précarité



4.2. Entrée dans le processus : créer des espaces d'échanges sécurisant et reconnaitre le vécu et les priorités

Créer un environnement relationnel sécurisant, de confiance, accueillant les émotions

La première étape est de créer des espaces d'échanges sécurisants et de reconnaître le vécu et les priorités des personnes, que ce soit en situation de groupe, au sein de communautés partageant déjà des réalités et des aspirations communes, ou en situation interindividuelle avec des bénévoles, des mentors, des professionnels où une relation étroite et une écoute attentive peuvent s'installer sur la durée. Pour Jennings et al. (2006), un environnement sûr et un climat de confiance permettent de créer les conditions préalables à la participation et à de nouveaux liens sociaux entre les personnes. Cette mise en forme de ces relations et de ces espaces sécurisants apparaît d'autant plus criante dans l'expérience de la précarité pensée en termes de fragilité des réseaux relationnels, et des risques de désocialisation et de désaffiliation qui l'accompagnent (Castel, 2000 ; Fugier, 2018 ; Ninacs, 2002). Ces espaces, le plus souvent collectifs dans cette revue, apparaissent suffisamment sûrs, sécurisants et sans jugement pour constituer un espace intermédiaire de répit (Avery et al., 2022) dans lequel un étayage social des situations de précarité vécues est rendu possible (Vandecasteele & Lefebvre, 2006). Les expériences personnelles d'instabilité, d'incertitude liées à l'avenir et d'insécurité peuvent être contenues dans l'espace relationnel dans lequel des sécurités relationnelles vont pouvoir se construire (Durif-Bruckert et al., 2006 ; Vandecasteele & Lefebvre, 2006). De nombreuses interventions visant le développement de l'empowerment ont pu réduire significativement l'isolement social de départ des personnes grâce à une relation étroite de confiance, le soutien du groupe, l'intégration à des activités dans des

organisations communautaires (Avery et al., 2022 ; Ayton & Joss, 2016 ; Dunlap, 1997 ; Gay, 2019 ; Gulati et al., 2011 ; Gurman et al., 2016 ; Knight & Cottrell, 2016 ; Röger et al., 2011). Ces espaces relationnels et participatifs sécurisants contrecarrent ainsi l'installation progressive ou avérée de ruptures de liens sociaux qui ne pouvaient plus faire fonction de soutien et de reconnaissance (Chauvin & Parizot, 2010). Un climat de confiance s'installe avec les professionnels et entre pairs sur un temps long, la plupart du temps sur de nombreux mois et plusieurs années. Ce climat relationnel offre des possibilités de soutien sur le plan social et émotionnel (Kieffer, 1984). Une confiance en autrui s'installe, et le droit d'être considéré comme digne d'exister malgré sa situation d'exclusion ou d'inactivité (Furtos, 2007). Ces espaces neutres et protecteurs se déroulent parfois à l'écart des milieux d'origine des personnes, ce qui leur permet de se décentrer des injonctions et pressions socio-normatives liées à leur position et trajectoires sociales (femmes, situation de handicaps, statut migratoire). La confiance installée au sein des relations et dans l'espace collectif offre un cadre pour s'exprimer, s'autoriser à penser et à parler de ses problèmes, discuter ouvertement, et partager son point de vue, le poids de ses conditions de vie et de son milieu d'appartenance (Hur, 2006). Les personnes ont pu exprimer leurs émotions comme la honte, la colère, le rejet, la réticence, l'anxiété, l'indignation, la peur de participer, le désespoir, le mécontentement, la frustration, leurs expériences douloureuses. L'accueil de ces émotions inscrites dans les trajectoires de précarité (Furtos, 2011) et leur acceptation par le groupe sont nécessaires afin de rendre supportables les expériences de déception et d'humiliation vécues, et de sortir de la passivité, du repli sur soi et de l'impuissance acquise (Furtos, 2011 ; Mc Millan, 1996 ; Zimmerman, 1990). Pour Gibson (1991), le fait que les personnes mettent en conscience la réalité de leur situation, ce qui peut être traduit par la mise en pensée des expériences liées à

ces affects dans l'espace sécure du groupe ou de la relation (Stern, 2005), constitue le point de départ du processus d'empowerment. Le conflit, la tension, la dissonance générés entre l'émotion ressentie et l'impuissance acquise face aux barrières symboliques (inégalités sociales, oppression intériorisée, expériences de privation de droits) peuvent être considérés comme les forces motrices qui propulsent le processus d'empowerment (Kieffer, 1984). Pour Lord et Hutchison (1993), l'expression des frustrations accumulées et l'accueil de la colère sont un moyen de sortir de la peur et de la passivité et de recréer progressivement un espoir.

Reconnaître les conditions d'existences et les souffrances psychosociales

A l'accueil de ses émotions contenues dans l'espace des relations, du groupe, de la communauté, les vécus douloureux associés vont pouvoir être mis en représentation et les expériences de perte (perte de la possibilité de faire ses propres choix, de sa dignité, d'une place et fonction sociales, de l'espoir en un avenir meilleur, perte de travail, de droits élémentaires, de moyens de subvenir à son existence) signifiées et exprimées (Castel, 2000 ; Durif-Bruckert et al., 2006). Les situations de précarité et d'exclusion vécues peuvent être mises en mots car les personnes se sentent suffisamment en sécurité sur le plan émotionnel. Dès lors, les souffrances psychosociales peuvent être pensées, exprimées, les situations de désespoir et de détresse installées peuvent être entendues, des liens de soutien sur le plan émotionnel peuvent se construire. Les expériences quotidiennes de la précarité, de l'isolement, de la réduction des possibilités, des discriminations, des difficultés familiales qui étaient partagées dans les interventions participaient ainsi à inverser un processus de déliaison voire de désubjectivation (Fugier, 2018 ; Castel, 2000 ; Furtos, 2000). L'instabilité et l'incertitude de la condition de femme ou d'homme migrants ont par exemple été associées à

des souffrances psychiques d'origine sociale telles que la dépression, l'isolement social, la stigmatisation et l'absence de possibilités de participer à la vie économique et sociale (Gurman et al, 2016 ; Jasis, 2019 ; Lindsjö et al., 2021 ; Sjöberg et al., 2015). L'expression, l'écoute, la compréhension de ces souffrances contribuaient à ce qu'elles soient reconnues par autrui et non plus exclues de soi. Les personnes retrouvaient une capacité à dire, à penser ces souffrances dans les espaces relationnels sécurisants, de nouvelles significations pouvaient être rattachées à ces expériences (Furtos, 2000 ; Vandecasteele & Lefebvre, 2006). Plusieurs des études recensées ont également relevé l'expression de traumatismes vécus liés aux trajectoires de vie des personnes : les souffrances et traumatismes de jeunes femmes sans abri (Sisselman-Borgia, 2021), ceux d'hommes victimes et auteurs de violence (Gay, 2019), de femmes en situation de précarité exposées à des pratiques sexuelles non protégées (Romero et al., 2006), les tramas liés à la violence, au racisme, aux trajectoires de rue (Clemens et al., 2019), ou à la guerre (Avery et al., 2022). L'attention portée à la possibilité de mise en représentation et d'expression de ces épisodes traumatiques apparaît comme essentielle, voire cruciale pour permettre aux personnes de sortir du poids de souffrances qui ont empêché de vivre, et d'investir les relations de confiance dans lesquelles la détresse vécue peut être contenue (Furtos, 2011). La reconnaissance de ces souffrances, traumas et des conditions d'existence contribue à pouvoir les resignifier dans les liens d'écoute et de soutien avec le mentor ou les pairs. Les personnes peuvent y reconstruire un espoir, un désir d'agir, leur dignité et leur humanité (Clemens et al., 2019 ; Furtos, 2007 ; Gay, 2019 ; Zimmerman & Rappaport, 1988). Pour les interventions et les pratiques souhaitant développer l'empowerment des personnes et des groupes, ces éléments encouragent les professionnels et les organisations à investir des environnements relationnels qui contiennent ces

souffrances, les reconnaissent, ne les évitent pas. Cela suppose par exemple de s'intéresser au rapport qu'entretiennent les personnes avec leur inactivité, leurs difficultés familiales et économiques, leur sentiment d'oppression et de stigmatisation, l'isolement et les conditions de logement (Avery et al., 2022 ; Ayton & Joss, 2016 ; Delgado, 2015 ; Dunlap, 1997 ; Monteith et al., 2020). Et présuppose donc de reconnaître les conditions d'existence des personnes, leur situation et les obstacles dans leur vie quotidienne. Il s'agit pour les professionnels de s'intéresser et d'ouvrir la possibilité de parler des aspects macrosociaux (politiques sociales, conditions socio-économiques plus ou moins égalitaires, organisations d'aide, coordination intersectorielle entre les politiques publiques locales ou nationales) qui conditionnent les situations de précarités des personnes bien que leur pouvoir d'influence sur ces éléments soit quasiment nul (Albuquerque, 2017 ; Eisen, 1994). Leur expression a un pouvoir libérateur, de reconnaissance, et resitue les personnes dans la légitimité de leur existence (Freire, 1974). Leur prise en compte entraine la recherche d'un contrôle direct par les personnes de ces conditions de vie incapacitantes, précaires et épuisantes (Le Bossé & Lavallée, 1993). Le processus d'empowerment prend alors racine sur le rapport subjectif qu'entretiennent les personnes avec leurs conditions de vie objectives de l'environnement et dans quelle mesure elles peuvent activer des éléments dans des contextes microsociaux (organisations communautaires, politiques sociales locales) ou mésosociaux (mobilisation citoyenne, travail en réseau). L'espace du groupe est, au sein des interventions recensées, l'espace privilégié pour inscrire dans une conscience collective le poids et l'emprise insuffisante de ces conditions de vie (Le Bossé, 2003 ; Romero al., 2006 ; Speer & Hughey, 1995). Les professionnels et intervenants ont pu prendre connaissance des contraintes des femmes migrantes, prendre conscience des réalités socio-économiques des familles, prendre en compte le contexte de vie

précaire des jeunes, ou reconnaître les privations de liberté et les rapports de domination liés au genre ou aux disparités sociales. Les conditions de vie et les inégalités sont pensées et légitimées dans le lien à autrui, elles ne sont plus exclues de soi et de la communauté et ne génèrent plus la même aliénation, résignation et impuissance (Gonin, 2008 ; Wallerstein, 2006). La précarité n'est plus représentée dans un état figé où l'exclusion, la pauvreté et la désaffiliation sont inévitables (Cazals-Ferré & Llorca, 2004). Les conditions de vie limitantes peuvent être perçues comme réversibles à partir du moment où on permet aux personnes de mettre en mots leur vie quotidienne et de la confronter avec d'autres qui partagent les mêmes conditions d'existence (Gillespie & Cornish, 2010 ; Jodelet, 2011 ; Ninacs, 2002). Les personnes retrouvent un droit à s'exprimer sur leurs conditions d'existence dans l'espace interactionnel de confiance, elles peuvent y reconstruire de nouvelles subjectivités individuelles et collectives dans le rapport à soi et au monde.

Espaces d'échanges centrés sur les préoccupations prioritaires et communes

Au sein de ces espaces relationnels sécurisants et de confiance qui accueillent émotions, souffrances, les personnes vont pouvoir progressivement formuler des problématiques, les partager, et leur donner une fonction identificatoire et une portée symbolique parce qu'elles sont définies dans les interactions avec les pairs et parce qu'elles permettent de progressivement donner sens à de mêmes conditions d'existence. La participation engage une stratégie d'exploration des déterminants sociaux qui influencent le quotidien des personnes et leur champ des possibles. En œuvrant à une dynamique compréhensive des réalités vécues par les personnes, il est possible d'y analyser l'interconnexion des déterminants sociaux dans une approche globale et holistique de leur bien-être et de leur santé. Globale par la

compréhension des déterminants sociaux les plus significatifs, holistique par les différents niveaux d'analyse que cela implique (Albuquerque, 2017 ; Kleba & Wendausen, 2009 ; Tengland, 2008). Les problèmes de santé mentale, les conditions de logement, le chômage et l'inactivité, l'accès aux aides sociales et aux droits, la faible participation à la vie sociale, les difficultés d'accès aux services, l'insécurité alimentaire, la violence, les inégalités hommes-femmes, les discriminations, le maintien du statu quo en faveur des plus favorisés, le statut administratif migratoire incertain, l'environnement physique lié à des conditions d'existence précaires, l'accès à l'éducation et à la satisfaction des besoins primaires sont autant de déterminants sensibles relevés dans les interventions qui influencent de manière directe ou indirecte les possibilités qu'ont les personnes, les communautés et les organisations d'agir pour leur santé, leur bien-être et pour améliorer leur situation (Dahlgren & Whitehead, 1991). L'analyse de ces déterminants selon différents niveaux d'analyse avec les personnes permet de se décentrer d'une démarche objectivante, technique voire désubjectivante dans les diagnostics de santé publique (Ridde, 2007), et de resituer l'espace du pouvoir des citoyens dans leur capacité à réfléchir, à s'organiser en communauté, à agir sur les déterminants sociaux de leur santé à différents niveaux jusqu'à impulser le changement social (Butterfoss, 2006 ; Hyppolite & Parent, 2017 ; Wallerstein, 2006). Pour Tengland (2008), l'empowerment est conceptuellement associé à la possibilité de contrôler sa vie, soit en premier lieu de pouvoir identifier puis influencer les déterminants de son propre bien-être. Dans une approche processuelle de l'empowerment, moins concentrée sur les résultats en termes de sentiment de contrôle ou d'auto-efficacité sur ces déterminants, l'attention se porte dès lors davantage sur les espaces relationnels de construction des subjectivités, qu'elles soient individuelles ou collectives, dans lesquels se développe une nouvelle compréhension des

déterminants sociaux les plus significatifs du bien-être des personnes dans leur vie quotidienne et un nouveau rapport aux autres et au monde (Albuquerque, 2017 ; Freire, 1974 ; Kleba & Wendausen, 2009 ; Tengland, 2008). Les problématiques discutées sont identifiées par les personnes elles-mêmes et non imposées par avance par les professionnels ou les institutions, ce qui ancre la mobilisation des personnes et facilite le lien avec la communauté large (à l'échelle d'un quartier par exemple). Des problématiques communes vont émerger à partir des expériences partagées, des échanges sur les problèmes personnels importants auxquels les personnes sont confrontées, elles identifient des vécus similaires et en discutent ouvertement à l'échelle du groupe (Cox, 1992 ; Gurman et al., 2016 ; Kmita et al., 2002 ; Monteith et al., 2020 ; Sjöberg et al., 2015 ; Yoo et al., 2004). Ces thèmes, que Freire (1974) qualifie de *« générateurs »*, stimulent la dynamique d'échange, le partage d'expériences communes et de similitudes qui favorisent les interactions répétées, ainsi que la construction d'un sentiment d'appartenance où les problèmes personnels sont reconnus par les pairs (Gutierrez, 1990 ; Hur, 2006 ; Lord & Hutchison, 1993 ; Maton, 2008). Les problématiques communes partagées peuvent ainsi être considérées comme le premier élément qui rend possible la construction d'une réflexion collective, de significations partagées dans le groupe, d'une identification à autrui, d'une conscience collective, d'une vision commune, et d'un pouvoir social c'est-à-dire le sentiment de pouvoir changer ensemble leur quotidien et celui de la communauté large (Florin & Wandersman, 1990 ; Haldane et al., 2019 ; Israel et al., 1994 ; Speer, 2000). La création d'espaces d'interactions et les échanges entre personnes partageant des mêmes conditions d'existence favorisent ainsi l'expression des préoccupations les plus sensibles auxquelles les personnes vont pouvoir s'identifier parce qu'elles sont reconnues par leurs pairs, d'autant plus si elles concernent des situations de

discriminations, d'exclusion, d'oppression ou d'injustices sociales (Jodelet, 2011 ; Kieffer, 1984 ; Lord & Hutchison, 1993). Des problématiques communes vont émerger, être discutées et signifiées par le groupe et dans les relations. Les personnes échangent sur leurs expériences vécues, qui ont par exemple concerné les situations d'isolement, d'oppression, de stress, de violence, et de pauvreté dans les différentes études de cette revue de la littérature. Les personnes pouvaient explorer les liens entre les problèmes personnels et sociaux, et développer une meilleure compréhension des déterminants sociaux de leur santé et de leur bien-être notamment par des échanges en petits groupes (Avery et al., 2022 ; Cox, 1992 ; Delgado 2015 ; Gutierrez, 1995 ; Jemal, 2017 ; Tengland, 2008 ; Uys et al., 2004 ; Zimmerman, 1995). Progressivement, les préoccupations les plus sensibles étaient priorisées, des aspirations individuelles et collectives étaient élaborées, de nouvelles possibilités étaient perçues, les personnes investissaient de nouvelles perspectives et un espoir que leur situation change (Cox, 1992 ; Delgado, 2015 ; Kieffer, 1984 ; Lindsjö et al., 2021 ; Lord & Hutchison, 1993 ; Sisselman-Borgia, 2021 ; Zimmerman, 1990). Les espaces d'échanges sécurisants, le plus souvent collectifs mais aussi à l'échelle interindividuelle, en s'appuyant sur l'expertise des personnes elles-mêmes et de leur propre vécu des situations, offraient en effet un temps d'élaboration de nouvelles aspirations. Les affects liés au cumul de situations de précarité et à l'intersectionnalité de nombreuses problématiques peuvent ainsi progressivement se transformer dans le dialogue avec soi et autrui et par l'intersubjectivité. Une nouvelle appréhension des déterminants les plus sensibles peut se construire autour de l'expérience vécue des personnes mise en sens et articulée avec les éléments structurels et macrosociaux d'un territoire et d'un pays donné. Les personnes, par le partage et la confrontation à de mêmes conditions d'existence, s'ouvrent à des dynamiques intersubjectives et à leurs

conflictualités dans le rapport au monde où la mise en mots de leur expérience quotidienne crée la possibilité de reconstruire du sens sur des situations auparavant marquées par la résignation et l'impuissance (Gillespie & Cornish, 2010 ; Marková, 2011 ; Mellier, 2003 ; Skene, 2022 ; Stern, 2005). Cette approche holistique, globale et intersubjective de l'empowerment engage également un nouveau rapport entre les professionnels et les personnes dans lequel, pour la plupart des interventions recensées, un dialogue s'est construit pour explorer, comprendre et reconnaître les déterminants les plus sensibles des publics défavorisés, élaborer de nouvelles aspirations, et définir des priorités et des objectifs dans un cadre de communication ouvert et sûr.

4.3. Partager les expériences, s'appuyer sur les forces des personnes et favoriser la conscientisation

Appui sur les expériences, les compétences et les ressources des personnes

Au sein des différentes interventions, les échanges sur ces problématiques communes se sont en particulier développés par la mise en récit et le partage d'histoires personnelles. La narration des expériences vécues par les personnes, de leurs échecs, de leurs difficultés, leur permettait de donner sens à leurs conditions d'existence, en tant que mères isolées, jeunes défavorisés, ou victimes de violences par exemple. Les professionnels ou animateurs communautaires encourageaient le partage d'histoires, la construction d'un récit de leur vécu de manière créative qui recréait un sentiment d'existence pour soi et pour les autres (Apostolidis & Dany, 2014). Une nouvelle continuité existentielle pouvait ainsi être amorcée, notamment lorsque ce procédé narratif était réalisé en groupe et les vécus étaient reconnus

par les pairs (Bernaud, 2018). Une cohérence biographique pouvait se structurer dans une histoire au départ fragmentée par la confrontation répétée à des situations de précarité (Lany-Bayle & Pineau, 2019 ; Tap et al., 2002). La mise en récit à la fois individuelle et collective resitue la personne dans sa subjectivité, en tant qu'auteure de sa propre histoire insérée dans des espaces relationnels qui accueillent les déceptions, les souffrances et les désillusions, et qui permettent d'y construire de nouvelles significations et aspirations (Freire, 1974 ; Furtos, 2011). Au sein de ces récits, les personnes pouvaient également prendre conscience de leurs connaissances et de leurs ressources qu'elles avaient développées face aux situations vécues. En les partageant dans l'espace du groupe, elles bénéficiaient à la communauté et elles pouvaient être transférées à d'autres contextes de vie. Wallerstein (2006) souligne ainsi l'importance de créer des environnements soutenants par le dialogue entre pairs et les groupes d'auto-support qui prennent appui sur les connaissances et les compétences déjà-là des personnes. Elles peuvent y reconnaître leur valeur en percevant leurs propres compétences et en visualisant les domaines où elles peuvent exercer une influence (Cattaneo & Chapman, 2010 ; Ninacs, 2003 ; Speer & Hughey, 1995 ; Zimmerman, 1995). Au sein des études répertoriées, les personnes ont ainsi pu prendre conscience de leurs connaissances et des opportunités issues de leur vécu. Les professionnels ont pu eux-mêmes promouvoir la reconnaissance de ces compétences déjà-là, valoriser les qualités des personnes, et créer ainsi un champ psychologique dans la relation ou dans le groupe centré sur les forces, les atouts, qui favorise le partage et la recherche de ressources face aux problèmes communs (Cox, 1992). Les interventions qui incluaient une étape de diagnostic communautaire ciblaient, avec les personnes défavorisées issues des territoires concernés, d'une part les préoccupations et problématiques prioritaires, mais également les atouts et l'expertise des communautés, leurs

forces sociales et culturelles, ce qui contribue grandement à stimuler la participation et l'action des personnes (Eisen 1994 ; Potvin & Richard, 2001).

Partage d'expériences et conscientisation

Par le partage de leurs expériences personnelles, de leur histoire mise en récit, de leurs problèmes importants et de leurs préoccupations, les personnes pouvaient identifier des vécus similaires, notamment au travers d'émotions partagées comme la douleur, le désespoir, la résignation, la tristesse. L'espace du groupe était le lieu privilégié pour partager ces émotions, expériences et leur histoire (Israel et al., 1994 ; Israel et al., 1998). Par les interactions sociales, les personnes pouvaient découvrir qu'elles partageaient des mêmes conditions d'existence ou des intérêts communs (Jodelet, 2011 ; Kieffer, 1984 ; Lord & Hutchison, 1993). Le groupe permettait d'étayer l'identité des femmes sans abri, de donner sens aux conditions inéquitables entre hommes et femmes, de découvrir des similitudes dans les trajectoires de migration ou dans les situations de précarité et d'exclusion vécues (Avery et al., 2022 ; Gulati et al., 2011 ; Gurman et al., 2016 ; Kieffer, 1984 ; Kmita et al., 2002 ; Jemal, 2017 ; Lindsjö et al., 2021 ; Monteith et al., 2020 ; Sisselman-Borgia, 2021 ; Vandecasteele & Lefebvre, 2006). Les personnes développaient un nouveau regard sur leurs expériences par le partage de points de vue et des émotions sur les vécus similaires, elles pouvaient explorer d'autres identités que celles stigmatisées. Les interactions de groupe offraient la possibilité d'être reconnus dans leur vécu, dans les expériences communes d'injustice ou d'impuissance quotidiennes, ou dans les trajectoires sociales marquées par la précarité (Lord & Hutchison, 1993). Ces espaces de partage donnaient le temps et la sécurité nécessaire pour mettre en représentation les situations de précarité, puis de les signifier en les partageant avec autrui

(Gonin, 2008). Les personnes pouvaient ainsi s'identifiaient à d'autres, réinvestir des objets sociaux symboliques qu'elles avaient délaissés comme le travail, l'autonomie financière, l'accès à des études ou à des activités sociales au sein de la communauté large (Furtos, 2007 ; Marková, 2011). Cette dynamique intersubjective et identificatoire par la confrontation d'expériences vécues créait l'espace possible de nouvelles perspectives, de remodeler la perception de leur réalité et d'y construire un nouveau sens (Gillespie & Cornish, 2010 ; Israel et al., 1994 ; Jemal, 2017 ; Kieffer, 1984). Les espaces communautaires et les groupes entre pairs permettaient ainsi de porter un nouveau regard sur leur environnement social et de créer progressivement une nouvelle conscience des éléments sur lesquels elles pouvaient exercer une influence (Kieffer, 1984 ; Ninacs, 2002). Un processus de conscientisation pouvait alors s'opérer à l'intérieur du groupe où de nouvelles expériences relationnelles se dessinaient autour de l'écoute, d'une réflexion collective sur les vécus communs et les déterminants sociaux ciblés, et une compréhension critique des inégalités et des injustices sociales (Albuquerque, 2017 ; Perkins & Zimmerman, 1995 ; Watts et al., 2011 ; Zimmerman, 1995). Les personnes ont ainsi pu démystifier certaines croyances dominantes, ont découvert qu'elles n'étaient pas seules à vivre certaines situations de discrimination, et ont cheminé vers une conscience sociale sur les inégalités de classe et les pressions socio-normatives liées au genre. Elles ont par exemple pris de la distance avec la croyance intériorisée du rôle traditionnelle de la femme. Elles ont développé une compréhension des systèmes de santé ou de l'offre alimentaire, et ont construit une réflexion critique sur l'instabilité des parcours migratoires ou sur le handicap. Elles ont pu, par les discussions au sein du groupe sur les problématiques et les expériences vécues, explorer les liens entre les problèmes personnels et sociaux (Gutierrez, 1995 ; Jemal, 2017). L'écoute, le partage collectif de récits de vie,

l'identification à des vécus similaires et à des aspirations communes permettent de resituer la dimension sociale des expériences de vie des personnes, que tout ne dépend pas de leur seule action et efforts, et que de nouvelles expériences relationnelles sont possibles pour appréhender une autre vision de leur réalité (Christens, 2012 ; Kieffer, 1984 ; Mc Millan & Chavis, 1986 ; Mc Whirter, 1991 ; Watts et al., 2011). Elles prennent conscience des facteurs sociaux et des inégalités à l'origine de leur situation de précarité ou de leur souffrance psychosociale, et reconstruisent ainsi une subjectivité libératrice où elles retrouvent la liberté d'exercer et d'exister en tant que sujet de leur propre réalité (Jodelet, 2008 ; Freire, 1974).

4.4. Créer des relations de soutien social, des possibilités d'apprentissage et l'exercice de nouveaux rôles

Entraide et soutien social dans la relation, le groupe, la communauté

Les discussions en petits groupes sur les problématiques et expériences vécues favorisent les liens entre les problèmes personnels et sociaux et développent également la reconnaissance et le soutien social (Gutierrez, 1995 ; Jemal, 2017). Au sein des différentes études répertoriées, les organisations communautaires assuraient un soutien mutuel entre ses membres, des groupes d'entraide étaient créés entre ou par les personnes défavorisées, des activités de groupe ou des démarches de santé communautaire étaient développées et renforçaient le soutien social. Dans les différents espaces relationnels, des liens de soutien informels se développaient, l'identification d'expériences partagées et de similitudes favorisaient le soutien entre pairs et de nouvelles perceptions de leur réalité (Israel et al., 1994 ; Jemal, 2017 ; Kieffer, 1984). Le souci de l'autre, la solidarité et la collaboration pouvaient être investis

contribuant à l'engagement dans le changement de leur propre situation (Sardenberg, 2006, 2009). Les personnes s'encourageaient, pouvaient trouver un soutien fiable et immédiat en cas de besoin, et investir les relations entre pairs ou avec les mentors. Un lien social se reconstruisait, les personnes consacraient du temps dans ces nouveaux liens d'entraide et dans activités collectives, contrecarrant les mouvements de déliaison et d'exclusion à l'œuvre dans le processus de précarisation (Castel, 1994 ; Fugier, 2018 ; Paugam, 2012). Les personnes pouvaient retrouver une dignité, un rôle social, de nouveaux réseaux de soutiens formels et informels, et s'émancipaient de pressions socio-normatives ou de disqualifications liées à leur position sociale (Albuquerque, 2017 ; Lord & Hutchison, 1993 ; Wallerstein, 2006). Pour Furtos (2007), c'est par le lien à autrui que les personnes trouvent une reconnaissance réciproque et peuvent être considérées comme digne d'exister dans le groupe, les relations, et dans leur humanité. Les soutiens relationnels servent d'appui aux reconfigurations identitaires et biographiques (Fugier, 2018). De multiples formes de soutien social pouvaient émerger de ces relations, en particulier sur le plan émotionnel autour des situations de vie précaires ou aliénantes qui étaient rencontrées de manière répétée : le soutien face à la détresse liée à la maladie, aux relations difficiles hommes-femmes, aux différents évènements de vie tels que la mort, la violence, la perte d'emploi (Ayton & Joss, 2016 ; Cox, 1992 ; Dunlap, 1997 ; Gabitova & Burke, 2014 ; Gurman et al., 2016). Les personnes pouvaient s'appuyer sur des soutiens informationnels et matériels comme la garde d'enfants, l'interprétariat, des conseils sur les questions de santé, les organisations d'aide existantes. Ces différentes formes de soutien permettaient de faire face à la pauvreté, aux difficultés d'accès aux droits et aux services et à l'impuissance acquise (Kleba & Wendausen, 2009). Les espaces relationnels de confiance assuraient des sources de soutiens multiples et permettaient de développer des compétences

participatives (Kieffer, 1984 ; Lord & Hutchison, 1993 ; Maton, 2008 ; Zimmerman, 1990). Les organisations communautaires devenaient des lieux d'intégration sociale par les activités collectives de groupe et l'accès à un emploi (Avery et al., 2022 ; Knight & Cottrell, 2016 ; Nwokoro & Ogba, 2019). Le développement de ces relations de soutien, par le mentorat, les groupes de pairs, les organisations communautaires, resitue le processus d'empowerment dans sa dimension relationnelle et émancipatrice (Christens, 2012 ; Israel et al., 1994 ; Tengland, 2008).

Développement de compétences, de leadership et de nouveaux rôles

Au sein de ces espaces relationnels et participatifs soutenants, les personnes partageant une même réalité sociale s'unissent, s'entraident, apprennent ensemble et développent des compétences (Freire, 1974 ; Hur, 2006). Il peut s'y créer des possibilités multiples et permanentes d'apprentissage (Jennings et al., 2006 ; Maton & Salem, 1995 ; Maton, 2008). Le groupe, les relations d'égal à égal avec les professionnels, et les dynamiques territoriales de développement communautaire, ont ainsi pu créer de multiples situations de co-apprentissage. Au fur et à mesure des interactions et du climat de confiance qui s'installe, les femmes au sein de plusieurs interventions ont pu par exemple développer leurs compétences psychosociales autour des relations de genre et conjugales, une meilleure compréhension de leurs droits, ou créer leur propre activité ou entreprise. Les professionnels ont également, au contact des personnes défavorisées, développer des compétences pour mieux prendre en compte et agir sur les déterminants sociaux prioritaires pour les personnes. Dans de nombreux cas, les personnes développaient des apprentissages dans d'autres espaces informels entre pairs, ou elles étaient formées pour mobiliser et sensibiliser la communauté large. Pour

Labonté (1994), l'espace du groupe et de la communauté sont en effet des lieux d'apprentissage grâce à la dynamique des interactions avec les autrui, le partage de connaissances et de solutions. La participation y offre l'opportunité de réfléchir les uns avec les autres, y compris avec les professionnels dans certains cas, et l'attention est portée aux compétences désirées pour résoudre les problèmes communs (Cavalieri & Almeida, 2018 ; Freire, 1974). Pour Zimmerman (1990), les compétences ne sont en effet développées que si elles concernent des domaines prioritaires pour les personnes et qu'elles les ont choisis. Un des points intéressants de cette revue de la littérature, qui permet de se décentrer d'une approche par compétences individualisante, est le développement de compétences relationnelles et communicatives. Par la confiance, la mobilisation et le temps long des interventions, les personnes, pourtant à l'origine touchées par l'isolement et l'exclusion, ont appris à interagir entre elles, avec les professionnels, les institutions, des décideurs, jusqu'au niveau politique (conseillers municipaux, maire). Ces compétences étaient portées par le groupe ou un noyau dur de la communauté mobilisée. Le développement communautaire et de nouveaux réseaux relationnels créaient l'opportunité de développer des compétences partagées et à l'échelle de groupes que les personnes n'auraient pas pu développer seules. Les espaces qui œuvrent à la participation contribuent au développement d'une conscience collective, de compétences relationnelles et collaboratives, de nouveaux espaces d'interactions informels, et un engagement civique sur les changements sociaux jugés importants par le collectif (Albuquerque, 2017 ; Cavalieri & Almeida, 2018 ; Christens, 2012 ; Zimmerman & Rappaport, 1988). En étendant la compétence participative, les personnes peuvent par le collectif réinvestir un espoir, un désir d'agir, améliorer leur confiance, et développait un empowerment qui ne se limitent pas à leurs seules ressources personnelles

(Hur, 2006 ; Lord & Hutchison, 1993 ; Tengland, 2008 ; Zimmerman & Rappaport, 1988). Ainsi, dans plusieurs des interventions, les personnes ont développé en groupe dans compétences relationnelles, collaboratives, communicatives et politiques. Elles ont appris à interagir et à parler en public, et à défendre leurs intérêts auprès des décideurs, des services sociaux, des institutions, et des représentants politiques (Borg, 2002 ; Cox, 1992 ; Douglas et al., 2016 ; Eisen, 1994 ; Gurman et al., 2016 ; Lindsjö et al., 2021). Par la mobilisation communautaire, l'analyse des systèmes de normes et de valeurs dominants, le développement de la croyance partagée de pouvoir exercer un leadership dans et pour la communauté, et la capacité à définir des intérêts communs, les personnes réunies en collectif développaient un pouvoir social (Christens, 2012 ; Cavalieri & Almeida, 2018). Le processus d'empowerment va ainsi de pair avec le développement de cadres qui offrent de multiples possibilités d'apprentissages et soutiennent l'exercice de leadership au sein des espaces collectifs (Maton & Salem, 1995 ; Rothman et al., 2019). Les réunions de groupes de femmes, l'opportunité laissée aux parents de s'engager dans les écoles, la formation aux compétences participatives et au leadership, le soutien à l'émergence de leaderships communautaires dans le quartier et à ceux déjà existants ont ainsi facilité la participation, le soutien social, un sens de la communauté, la mise en action, jusqu'à un engagement civique (Mc Millan, 1996 ; Wallerstein, 2006). Pour Christens (2012) et Jennings et al. (2006), le leadership a une fonction essentielle pour permettre de transférer le pouvoir, d'enrôler de nouvelles personnes, et d'investir les intérêts de la communauté. Il se développait notamment dans la possibilité offerte aux personnes d'exercer de nouveaux rôles dans le collectif, auprès de la communauté large, ou de se voir offrir de nouvelles responsabilités au sein d'organisations (associations, écoles, office locale pour le logement ou les installations sportives, instances politiques locales). L'apprentissage de

nouveaux rôles élargit les choix et les possibilités perçus dans l'environnement, il permet de faire face aux situations de précarité vécues, de développer une image plus positive de soi et d'intérioriser une nouvelle identité sociale moins dévalorisante et disqualifiante (Chinman & Linney, 1998 ; Debordeaux, 1994 ; Kleba & Wendausen, 2009 ; Lord & Hutchison, 1993 ; Mohajer & Earnest, 2009 ; Paugam, 2012 ; Zimmerman, 1990). L'exercice de nouveaux rôles sociaux, comme par la prévention par les pairs, le développement de leaderships inspirants pour la communauté large, et le développement d'habiletés communicatives et relationnelles ont aussi permis d'ancrer de nouvelles compétences politiques parmi les personnes. La conscientisation du fonctionnement de la société et des organisations, des normes et valeurs sociales dominantes, favorisait une nouvelle conscience critique collective sur les inégalités sociales et un apprentissage non descendant qui entrainent les personnes dans des aspirations au changement social (Freire, 1974 ; Jemal, 2017). Les compétences participatives, le leadership et un intérêt direct pour la communauté large ont ainsi crée au sein de plusieurs interventions la légitimité à participer aux décisions qui les concernent (Schulz et al., 1995 ; Speer, 2000 ; Christens, 2012 ; Cavalieri & Almeida, 2018). Les personnes ont appris à défendre leurs intérêts auprès des institutions, des services sociaux et face aux représentants politiques. Elles ont pu défendre leurs propositions dans les instances locales politiques et se faire entendre par des activités de pression. Des compétences de plaidoyer ont aussi été développées, les personnes ont appris à formaliser des recommandations, des résultats d'enquête locale, et des plans d'action. Ces activités promouvaient l'engagement communautaire des personnes et leur permettaient de devenir actives socialement au sein de nouveaux groupes d'appartenance (Douglas et al., 2016 ; Eisen, 1994 ; Hur, 2006 ; Lord &

Hutchison, 1993 ; Monteith et al., 2020 ; Peterson & Reid, 2003). Elles ont appris à coopérer, et à s'inscrire progressivement dans une citoyenneté active (Cavalieri & Almeida, 2018).

4.5. Développement de liens et développement communautaire

Développement communautaire et des interactions entre les personnes

Au travers des espaces participatifs et des liens de confiance sécures crées, les personnes ont pu progressivement réinvestir des liens sociaux et sortir d'un isolement social caractéristique des trajectoires de précarisation (Castel, 1994 ; Furtos, 2000). Elles ont pu reconstruire un espoir, croire en de nouveaux liens sociaux qui se maintiennent dans le temps (Kleba & Wendausen, 2009). Les personnes ont pu expérimenter différents types de soutien qui aident à affronter les évènements vécus liés à leur situation instable, incertaine, ou inéquitable. Les femmes notamment ont pu développer des liens en travaillant dans des associations communautaires. Elles ont pu rompre leur isolement lié à leur rôle limité à celui de mère au foyer. Par les relations de groupe elles ont développé des amitiés. Les personnes apprenaient à être ensemble, à s'appuyer sur l'aide d'autrui, à créer des liens et la possibilité qu'une demande soit formulée, reconnue et soutenue par autrui sans qu'elle ne se dilue dans une relation de dépendance aux services sociaux (Beal, 2016 ; Castel, 2000 ; Hur, 2006 ; Lord & Hutchison, 1993 ; Maton, 2008 ; Zimmerman, 1995). Au sein des études recensées, des espaces de communication et de participation informels ont vu le jour et donnaient l'occasion de s'exprimer, de partager ses histoires, de s'inspirer, de sortir de la solitude, de développer de multiples opportunités de discussion qui permettaient de donner sens aux expériences vécues et de réinvestir un sentiment d'existence, une identité par les interactions sociales et

le dialogue (Marková, 2011 ; Smith & Sparkes, 2008). Progressivement, s'inscrivait dans ces espaces la possibilité d'une dynamique et d'une structuration communautaire où les personnes ont pu construire la croyance que leurs priorités, et les changements sociaux souhaités pouvaient être satisfaits par leur engagement à être ensemble (Mc Millan & Chavis, 1986 ; Watts et al., 2011). La formation de groupes de travail, la définition d'une vision commune centrée sur les personnes les plus défavorisées de la communauté large, l'enrôlement de nouvelles personnes dans la dynamique participative, la recherche d'information sur les droits et de ressources par le groupe, l'organisation ou la participation à des réunions publiques, la réalisation d'enquête à l'échelle du quartier sont autant d'actions qui ont ancré un développement communautaire reconnu par la communauté large. La participation a offert la possibilité de réfléchir et d'agir collectivement, de coopérer sur des problèmes ou objectifs communs, et de se mobiliser dans une action collective (Cavalieri & Almeida, 2018 ; Freire, 1974 ; Hur, 2006 ; Kieffer, 1984 ; Lord & Hutchison, 1993 ; Ninacs, 2003). Cette capacité à travailler ensemble sur des objectifs et intérêts partagés caractérisent l'empowerment communautaire (Cavalieri & Almeida, 2018 ; Israel et al., 1994 ; Israel et al., 1998). Les groupes formés ont pu construire des significations partagées, une vision commune des problèmes, des aspirations au changement social sur les problématiques de violence, d'inégalités d'accès aux soins, d'obésité, de politiques de logement, d'accès à l'éducation (Gutierrez, 1990 ; Haldane et al., 2019). Ils ont pu se constituer en communauté autonome ou en organisation communautaire, capables de prendre des décisions collectives, de rechercher et de gérer de manière autonome des fonds, de se constituer en association. Ils accroissent ainsi leur maitrise des questions qui concernent la communauté en s'organisant en collectif capable de s'autogérer (Hur, 2006 ; Le Bossé, 2003 ; Ninacs 2002 ; Rappaport, 1987). Les

communautés formées ont cherché à défendre les intérêts de la communauté large, ont mis en commun et à disposition les connaissances et compétences des membres, contribuant à développer un sentiment d'appartenance par l'action (Mc Millan & Chavis, 1986). Les espaces participatifs devenaient des lieux d'intégration sociale favorisant l'engagement dans les activités de la communauté, le partage de valeurs et de normes communes, la mise en commun des besoins et ressources (Israel et al., 1994). La poursuite et l'atteinte progressive, pas à pas, d'objectifs commun et l'aboutissement de décisions collectives ancraient le développement communautaire et la légitimité des organisations formées au sein des territoires ciblés. Une demande collective pouvait être portée, d'autant plus sur une problématique ciblée où les personnes s'impliquaient dans le processus participatif et pouvaient accéder à des opportunités ou exercer une influence qu'elles n'auraient pu avoir seules (Avery et al., 2022 ; Borg, 2002 ; Kleba & Wendausen, 2009 ; Knight & Cottrell, 2016 ; Nwokoro & Ogba, 2019 ; Ware, 1999). Les personnes s'investissaient davantage dans le collectif ou l'organisation communautaire de quartier où elles pouvaient y exercer de nouvelles responsabilités. Elles pouvaient, d'autant plus en étant dans des situations d'exclusion ou d'iniquité, poursuivre ensemble une cause sociale et s'inscrire progressivement dans une citoyenneté active et développer la croyance qu'elles pouvaient exercer une influence sur les institutions, les politiques locales et l'accès aux ressources, favorisant ainsi un sens de la communauté et du collectif (Cavalieri & Almeida, 2018 ; Mc Millan & Chavis, 1986). Plusieurs dynamiques conflictuelles ont pu émerger des dynamiques communautaires formées. Trois aspects ont pu être identifiés : la capacité du collectif à vivre les conflits, les conflits de pouvoir et les rapports de domination, les conflits de sens sur les orientations stratégiques et idéologiques de la démarche communautaire. Un cadre sécure et les efforts

des animateurs des démarches collectives ont permis aux personnes aux intérêts divergents d'apprendre à vivre les conflits (Maton & Salem ; 1995). Ces conflits ont constitué une bifurcation importante dans le processus d'empowerment au niveau collectif. Ils ont pu être abordés dans le groupe sans que cela le mette en péril grâce à une identité collective déjà établie autour de significations et d'aspirations partagées (Haldane et al., 2019). Les personnes ont pu exprimer leur divergence d'opinions ou de visions sans crainte d'être exclues du groupe, puis ont pu développer et décider ensemble de nouvelles perspectives (Abric, 2019 ; Mc Millan, 1996). D'autres dynamiques collectives au sein des interventions recensées ont mis en exergue des différences de vision entre groupes de personnes aux niveaux socio-économiques, intérêts et capital social différents. Lorsque ces intérêts ont surpassé les significations et aspirations partagées au départ dans le groupe, la définition d'une vision commune dans l'espace intersubjectif n'était plus possible ou dépossédée des personnes les plus défavorisées. La distribution inégale du pouvoir, du capital social, des ressources économiques dans la société était reproduite dans l'espace collectif (Sardenberg, 2009). Les différences de position sociale réaffirmant un ordre structurel en faveur des personnes les mieux insérées socio-économiquement où elles dominaient les décisions et limitaient la participation. Ces dynamiques de pouvoir au sein des relations affectaient les possibilités et les actions militantes des membres les moins favorisés qui se sont de nouveau retrouvés réduits dans une acception passive face à un ordre social institué dans le collectif (Cornwall, 2008 ; Rappaport, 1987 ; Rouleau-Berger, 1995 ; Zimmerman, 1995). Ces dynamiques mettent en valeur la nature profondément sociale du pouvoir, et comment les dynamiques communautaires font également face à la compétition, aux inégalités, aux conflits qui régissent les groupes sociaux cherchant à développer leur empowerment (Christens, 2012 ;

Hur, 2006 ; Rigger, 2002 ; Speer & Peterson, 2000). Enfin, des conflits épistémiques par les organisateurs des démarches communautaires ont également émergé. Ils se situaient au carrefour de logiques ascendantes et descendantes de l'action publique, des stratégies plurielles dans le développement local qui associaient travail social communautaire et dynamique intersectorielle entre institutions, de la priorisation d'un empowerment individuel au détriment d'un empowerment communautaire. Les priorités pouvaient ainsi être redéfinies par les institutions ou les ONG, l'accent mis sur la réorientation des services sociaux plus que sur l'action sur les inégalités, les efforts centrés sur le niveau individuel d'intervention et les résultats face notamment à l'impuissance acquise des institutions et des structures sociales pour agir sur des déterminants structurels et les politiques nationales ou transnationales (Eisen, 1994).

4.6. Créer de nouvelles possibilités et transformer les cadres professionnels et organisationnels

Nouvelles ressources, partenariats et opportunités

Le développement de l'accès aux ressources et aux opportunités inéquitablement réparties au sein d'une société donnée est un aspect concret et indispensable au développement de l'empowerment et pour la justice sociale (Bacqué & Biewener, 2013 ; Ehrenberg, 2010 ; Fugier, 2018). La mobilisation des ressources disponibles à partir des espaces collectifs formalisés contribue à réduire directement les situations d'exclusion et à inverser le processus de précarisation et le degré de vulnérabilité ressentie des personnes (Chauvin & Parizot, 2010 ; Fieulaine, 2006 ; Maton, 2008). Plusieurs éléments ont été identifiés dans cette revue de la

littérature et permettent d'accroître la liberté d'action, la citoyenneté et le changement social : élargir la perception de possibilités et de choix dans l'environnement, saisir les opportunités de participation et organiser l'accès aux ressources, cibler des ressources sur les déterminants sociaux et de différentes natures (Albuquerque, 2017 ; Freire, 1974 ; Kleba & Wendausen, 2009 ; Lord & Hutchison, 1993 ; Narayan-Parker, 2005 ; Wallerstein, 2006). Les personnes ont ainsi pu, grâce aux interactions entre pairs ou à l'accompagnement de professionnels, prendre connaissance de nouvelles ressources telles que des services de santé, des associations ou organisations communautaires, la possibilité de faire des études, d'accéder aux transports, à des aides matérielles ou financières. Les soutiens relationnels et l'analyse de l'environnement social dans les espaces participatifs sécures permettaient de percevoir ces ressources comme accessibles, et non dépendantes des professionnels ou services d'aide (Christens, 2012 ; Kieffer, 1984 ; Le Bossé, 2003 ; Rappaport, 1987). S'il tient d'appréhender les ressources nécessaires pour agir sur les priorités des personnes, il est également nécessaire de travailler avec les personnes sur leur rapport à leur environnement pour que ces ressources soient perçues comme accessibles et qu'elles constituent de réelles opportunités et possibilités pour exercer une influence sur leur environnement (Albuquerque, 2017 ; Chinman & Linney, 1998 ; Mohajer & Earnest, 2009 ; Perkins & Zimmerman, 1995 ; Zimmerman, 1995). L'accès aux ressources dépend moins des efforts de l'individu pour se prendre en charge que d'une réflexion critique sur sa place dans la société et sur les inégalités où il peut attribuer sa situation des facteurs sociaux et structurels et au manque d'opportunités réelles ou perçues au lieu de s'en attribuer l'entière responsabilité (Gutierrez, 1995 ; Watts et al., 2011). Les organisations communautaires et les groupes entre pairs ont de ce fait constitué des opportunités pour développer la participation où les personnes pouvaient

devenir sujets de leur propre réalité (Freire, 1974). Les femmes et les jeunes défavorisés ont notamment pu trouver dans plusieurs interventions des ressources de soutien relationnel précieux (émotionnel, matériel, informationnel) face aux situations de précarité vécues, aux difficultés d'accès aux droits et aux services, aux inégalités sociales et de genre (Kleba et Wendausen, 2009). Plus globalement, la participation, essentielle dans le processus d'empowerment, s'associe aux opportunités qu'ont les citoyens de s'insérer dans la vie associative et dans des espaces et organisations communautaires où ils peuvent prendre des décisions pour eux-mêmes (Batiwala, 2007 ; Cavalieri & Almeida, 2018). Par la dynamique de groupe et relationnelle les personnes ont pu organiser l'accès à de nouvelles ressources comme l'accès aux crédits, au logement, à l'aide sociale, aux droits, aux études. Les supports relationnels et les cadres de confiance permettaient de percevoir ces ressources comme mobilisables et non plus incertaines face à l'instabilité et à la répétition des situations de précarité vécues au quotidien. Ces ressources ont concerné différents secteurs (conseillers agricoles, tourisme, justice, emploi, études) pour agir sur la pluralité des déterminants sociaux. Les personnes se sont également appuyées sur les ressources externes des organisations communautaires déjà existantes (Freire, 1974 ; Gaventa, 1980 ; Israel et al., 1994 ; Kieffer, 1984 ; Zimmerman, 1990) qui offraient notamment un soutien financier, psychosocial, administratif, ou politique. Les interventions ont développé des ressources variées qu'elles soient matérielles pour améliorer les logements, de nature juridique et politique, ou de nature partenariale par la coopération avec des professionnels extérieurs (expert en discriminations, professionnels de santé). Ces ressources n'ont jamais été développées par les personnes de manière isolée, c'est au travers des espaces relationnels et en apprenant à coopérer qu'elles ont pu émerger (Cavalieri & Almeida, 2018). Progressivement, des partenariats avec des

organisations extérieures ont pu voir le jour pour aider à agir sur les priorités définies. Des bénéficies individuels concrets ont pu être acquis dans l'espace des relations comme trouver un emploi, poursuivre des études ou une formation, accéder à une indépendance financière, acquérir de nouvelles habitudes de santé concernant l'alimentation ou l'activité physique. Les personnes ont également appris à interagir avec des associations, des institutions de différents secteurs et des décideurs, et à développer des coopérations sur de nouveaux domaines afin de poursuivre les objectifs communs (Maton & Salem, 1995 ; Zimmerman 1995). Les communautés ont noué des liens de partenariats solides avec les services locaux, les écoles, et des organismes extérieurs affirmant encore davantage un empowerment collectif et le développement organisationnel (Israel et al., 1994 ; Riger, 2002 ; Speer, 2000). Plusieurs interventions ont également accès leurs efforts sur la coopération et la collaboration directes entre organismes, entre des ONG et les services sociaux par exemple, ou entre institutions de différents secteurs, développant le travail en réseau et l'interconnaissance entre partenaires (Ninacs, 2003 ; Speer & Hughey, 1995).

Nouvelles fonctions, cultures professionnelles et organisationnelles

Toutes les interventions recensées étaient animées par un ou plusieurs professionnels, des bénévoles pairs, ou une équipe de coordination, qui assuraient un rôle de facilitateur. Ils interagissaient de manière répétée et régulière avec les personnes, suscitaient le partage, la réflexion, l'expression, encourageaient les groupes à participer et y maintenaient un climat ouvert et respectueux. En installant un climat relationnel ressource et sécurisant, ils laissaient la place à une meilleure appréhension des priorités, aspirations et ressources par les personnes sans intervenir dans leur définition (Tengland, 2008). Ils ont défendu les

préoccupations communes par la préparation de témoignages avec les personnes, d'enquêtes de quartier, et en soutenant les efforts vers les changements sociaux désirés. Pour Maton et Salem (1995), l'aide d'un facilitateur externe à la communauté, ou comme ce fut le cas dans plusieurs des études, l'accompagnement d'un organisme rompu à la démarche communautaire ou à la recherche action participative, permettent aux personnes et aux groupes de croire en de nouvelles capacités et perspectives, d'être soutenus dans leurs initiatives autonomes (recherche de fonds, saisie de nouvelles opportunités, accès à des services sociaux ou de santé), jusqu'à expérimenter de nouvelles compétences politiques. Au sein des groupes, les animateurs ont encouragé le partage d'histoires personnelles dans un cadre sécurisant, et ont contribué à la création d'un récit collectif par la conscientisation. Ils ont accompagné les personnes à sortir des représentations incapacitantes, de la dévalorisation de soi, de l'internalisation des inégalités (Watts et al., 2011). Les personnes ont pu progressivement cibler leurs points forts et leurs capacités, développer une meilleure compréhension des contextes inégalitaires et oppressants qui conditionnent leur vulnérabilité, et ont acquis un meilleur sentiment de contrôle des déterminants sociaux qui impactent leur quotidien (Freire, 1965, 1974 ; Rappaport, 1987 ; Smith & Sparkes, 2008 ; Tengland, 2008). Ces animateurs et facilitateurs ont un rôle clé pour organiser les espaces relationnels et participatifs (Kieffer, 1984), contenir les expériences vécus et les souffrances psychosociales, aider à gérer les conflits et à développer des liens de soutien social, et à élargir la perception de nouvelles possibilités jusqu'à investir le changement social (Jemal, 2017 ; Jennings, 2006 ; Mellier, 2003 ; Prilleltensky, 2008). Le développement de l'empowerment et de la participation ne peut néanmoins sur le plan organisationnel se limiter à ces nouvelles postures et façons de faire, elles nécessitent de s'inscrire dans des environnements habilitants

et soutenants (Albuquerque, 2017 ; Zimmerman & Rappaport, 1988). Ces environnements ont par exemple porté attention à créer des relations partenariales, collaboratives, horizontales entre toutes les parties prenantes et les personnes (Zimmerman, 1995). Le processus d'empowerment était engagé et soutenu financièrement sur un temps long (d'un an à plusieurs années), en incluant les personnes dans les décisions, la planification voire l'évaluation des interventions. Les organisations et les environnements collaboratifs locaux et inclusifs apprenaient ainsi de nouvelles façons de faire, en développant des démarches ascendantes où les priorités et les changements souhaités sont définis par et avec les personnes, et où les services cherchent à adapter leur fonctionnement pour participer au processus participatif (Michalot & Siméone, 2013 ; Bernardet & Thalineau, 2018). Ces transformations nécessitent néanmoins d'installer des espaces relationnels et participatifs avec les professionnels, et de permettre avec les personnes d'expérimenter de nouveaux rôles, de nouveaux modes d'interagir et de penser (Adams, 2003 ; Hur, 2006 ; Maton, 2008). Le groupe ou l'organisation communautaire peuvent alors progressivement se percevoir comme capable d'influencer les déterminants sociaux prioritaires qui ont été ciblés (Israel et al., 1994 ; Tengland, 2008). De nouvelles cultures organisationnelles et professionnelles peuvent s'instituer. Les professionnels ont pu développer et s'inspirer des compétences communautaires qu'ils ont expérimentées, dans l'animation des démarches participatives, la communication régulière avec toutes les parties prenantes sur un territoire, et dans la collaboration avec d'autres organisations. Les professionnels et organismes facilitateurs aguerris au développement communautaire et de l'empowerment ont eu un rôle central pour promouvoir la culture de la participation citoyenne, créer un réseau de professionnels collaboratifs, intégrer de nouvelles pratiques pour définir les priorités et les aspirations

collectives à l'échelle d'un quartier (Albuquerque, 2017). Qu'elles soient reconnues au niveau local ou par des organisations, qu'elles suscitent des résistances dans la planification publique, ou qu'elles prouvent leur efficacité pour créer le changement social, les interventions recensées ont pu diffuser de nouveaux cadres de pratiques et de pensées centrées sur l'écoute directe des points de vue des personnes en situation de précarité, sur le changement social et l'apprentissage, l'expertise des personnes plus que leurs déficits, jusqu'à étendre le processus de conscientisation avec les décideurs pour permettre une compréhension large et partagée des problématiques vécues et des inégalités sociales de santé. Elles contribuent ainsi à créer la représentation d'un nouvel ordre social au niveau local en *« libérant »* les personnes défavorisées de l'impuissance acquise et du poids de leurs conditions d'existence, en construisant un nouveau rapport au monde (Freire, 1974 ; Hur, 2006 ; Kieffer, 1984).

4.7. Freins contextuels et structurels au développement de l'empowerment

Barrières contextuelles, professionnelles et organisationnelles

En ouvrant la possibilité de reconnaître les problématiques vécues par les personnes cumulant de nombreuses situations de précarité et de vulnérabilités, professionnels et décideurs ont pu se retrouver confrontés à des barrières structurelles et des logiques psychosociales pour lesquelles ils peuvent se sentir eux-mêmes impuissants. L'accès à l'éducation (analphabétisme), la dépendance à l'agriculture ou au petit commerce, la destruction de logements publics, la fermeture d'écoles ont par exemple été identifiés comme autant de déterminants dépendants de politiques nationales et d'une histoire sociale face auxquelles la mobilisation à une échelle microsociale peut objectivement et de prime abord n'avoir aucun

impact (Eisen, 1994). En termes d'empowerment politique, le rôle des interventions est ici davantage de créer les supports et de mobiliser les ressources centrées sur l'innovation et la transformation des structures sociales pour développer de multiples initiatives collectives et collaboratives, des activités de plaidoyer et influencer des décisions qui promeuvent le changement social et de politiques (Kleba & Wendausen, 2009). D'autres barrières contextuelles liées aux conditions de vie des personnes (garde d'enfants, transports, coût des soins, éloignement géographique, statut de migrant ou de réfugié) ont pu limiter l'engagement des personnes dans le processus participatif, auxquelles s'ajoutent les discriminations vécues et intériorisées et le sentiment de disqualification de leurs propres capacités. Plusieurs stratégies de développement de l'empowerment peuvent être investiguées pour surmonter et prendre en compte ces obstacles dans le contexte de vie des personnes (Zimmerman, 1995). En premier lieu par la reconnaissance de ces situations telles qu'elles sont vécues par les personnes tout en dépassant le niveau individuel d'intervention pour favoriser le développement d'une conscience collective (je ne suis pas le seul à vivre le problème) puis sociale (les problèmes sont influencés par la façon dont la société est organisée). En deuxième lieu en développant les collaborations et l'accès aux ressources et dispositifs extérieurs pour diminuer le poids de ces obstacles et favoriser l'accès aux droits et lutter contre les situations d'iniquité (Cavalieri & Almeida, 2018 ; Christens, 2012 ; Le Bossé, 2003 ; Lord & Hutchison, 1993 ; Ninacs, 2003 ; Rappaport, 1987). Les cadres professionnels et organisationnels ne permettent cependant pas toujours de déployer ces stratégies, ils ont parfois limité, dans les études de cette revue, les possibilités et capacités des professionnels et des organisations pour développer un processus d'empowerment. Les politiques sociales, en particulier dans les pays développés, sont encadrées par des logiques catégorielles où les

solutions sont définies par avance par les institutions et les organisations, et les stratégies collaboratives sont développées sans la participation des personnes et leur définition des problèmes. Face à l'étendue des déterminants sociaux, mais aussi les contraintes, coupes budgétaires, et le turnover, une partie des interventions voyaient diminuer la possibilité de construire des changements dans la durée et privilégiaient la réponse aux besoins immédiats et urgents. Les marges de manœuvres étaient réduites, d'autant plus pour travailler avec d'autres secteurs sur les déterminants sociaux, conduisant les professionnels à peu investir le collectif et les perspectives de changement social (Adams, 2003 ; Hur, 2006 ; Maton, 2008). Les cultures organisationnelles et professionnelles ont ainsi pu être parfois éloignées de stratégies visant le développement de l'empowerment, se réfugiant derrière la réglementation, appliquant des logiques descendantes dans les décisions prises, ou privilégiant l'attention sur les résultats en termes de bénéfices pour la santé. Elles révèlent surtout l'absence de définition partagée sur le processus d'empowerment, ou une idéologie de l'empowerment (Rappaport, 1987) centrée davantage sur le niveau individuel et délaissant l'attention au pouvoir collectif et aux dynamiques communautaires informelles qui ne peuvent être bornées ni contrôlées sauf en diminuant leur capacité d'action et en encadrant l'accès aux ressources. Le risque étant alors de réduire le processus d'empowerment à la définition d'objectifs à atteindre et au développement de compétences individuelles, contribuant à psychologiser l'approche et à renvoyer les personnes prises dans un processus de précarisation et de déliaison à leurs caractéristiques personnelles et à leurs incapacités (Bacqué & Biewener, 2013 ; Calvès, 2009 ; Fugier, 2018 ; Sardenberg, 2009).

Chapitre 2. Evaluation d'une démarche de santé communautaire : le programme *« La santé à Saint-Mauront Belle-de-Mai on s'y met tous »*

1. Description de l'intervention

Le programme *« La santé à Saint-Mauront Belle-de-Mai : on s'y met tous ! »* est historiquement le fruit des constats effectués au cours de la rédaction du Programme Régionale d'Accès à la Prévention et aux Soins pour les personnes les plus démunies (PRAPS) 2008-2010 en région Provence, Alpes, Côte d'Azur et des perspectives tracées par le Programme Régional Santé des Enfants et des Jeunes (PRSJ) 2000-2004. Ces deux programmes privilégiaient des actions développées pour intervenir précocement dans le parcours de vie et à l'échelle des différents milieux de vie dans les quartiers. L'intention était d'aller au-delà d'actions visant à répondre aux inégalités de santé par la mise en place de dispositifs tentant de réduire les inégalités d'accès aux soins, en s'engageant dans une politique plus globale qui diminue les inégalités sociales de santé et réduit à terme les risques d'exclusion sociale (Haut Comité de la Santé Publique, 2002). Le PRSJ 2000-2004 avait été mis en œuvre en privilégiant une approche territoriale visant en priorité des quartiers et territoires vulnérables « *car c'est là, dans le triangle Famille-Ecole-Cité que de nombreux facteurs de risque, pouvant infléchir l'harmonie du développement de l'enfant sont présents. D'autre part, le quartier a une dimension accessible, humaine où les professionnels et les habitants peuvent agir ensemble* » (Demarteau & Detroz, 2004). L'évaluation du programme avait souligné l'intérêt de poursuivre la démarche par *« milieux de vie »* qui était un des principes fondamentaux du PRSJ, en impliquant d'autres réseaux ou secteurs de l'action publique pouvant s'imbriquer autour de

milieux de vie tels que la famille, l'école, le quartier (Absil & Demarteau, 2005). Plusieurs lois ont également ces dernières années donné progressivement plus de place et de résonnance à la problématique des inégalités sociales de santé : la loi de juillet 1998 de lutte contre les exclusions à l'origine des Plans Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins des personnes les plus démunies (PRAPS), la loi dite pour l'égalité des chances (2006) qui visait plus particulièrement les inégalités spatiales, la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique qui introduisait explicitement la réduction des inégalités de santé *« par la promotion de la santé, par le développement de l'accès aux soins et aux diagnostics sur l'ensemble du territoire »* en visant en particulier *« les groupes les plus vulnérables ».* Enfin, depuis la création des Agences Régionales de Santé en 2009 qui visaient notamment à réduire les inégalités territoriales de santé, les programmes et schémas régionaux de prévention permettent potentiellement d'agir sur les déterminants fondamentaux et proximaux de la santé tels que l'accès aux droits, la lutte contre l'habitat insalubre, ou les actions visant la petite enfance ; ils posent également la nécessité d'agir de manière intersectorielle (Coruble et al., 2014). Dans le même temps, il a été promu en 1999 un dispositif d'action publique en France dont l'objet est précisément de lutter contre les inégalités sociales de santé à un niveau local au sein des quartiers prioritaires de la politique de la ville : les Ateliers Santé Ville (ASV), portés par une initiative conjointe du ministère de la santé et des affaires sociales et de la délégation interministérielle à la ville (DIV) (Joubert & Bertolotto, 2003). Les ASV constituent une démarche et un cadre structurant reposant sur un diagnostic territorial partagé des besoins de santé et l'élaboration et la mise en œuvre d'une programmation locale de santé. Ils visent à mobiliser l'ensemble des acteurs et ressources d'un territoire, et à développer de nouvelles formes de coopération (HCSP, 2013 ; Febvrel, 2017).

Fort de ces réflexions programmatiques, et au sein d'un paysage législatif et politique qui reconnaissait de plus en plus les inégalités sociales de santé, le Groupement Régional de Santé Publique (GRSP) Provence Alpes Côte d'Azur (intégré par la suite à l'Agence Régionale de Santé PACA) a défini un projet visant à réduire les inégalités de santé des enfants et des familles démunies dans deux quartiers de Marseille. Ce projet a été retenu par le Haut-Commissariat aux Solidarités Actives contre la Pauvreté dans le cadre de l'appel à projets Expérimentation Sociale 2008. Il visait à expérimenter le développement d'un programme territorial de promotion de la santé en direction des enfants et des familles démunies sur les quartiers très précarisés de Saint-Mauront et Belle de Mai à Marseille pendant une durée de trois ans. Le taux de personnes à bas revenu était de 51% en 2011 (moins de 982 € par mois par unité de consommation) dans les deux quartiers, 37,4% bénéficiaient de la CMUC, et 28,3% n'avaient aucune complémentaire santé[1]. Ce projet s'inscrivait dans la philosophie de la Charte d'Ottawa qui *« recommande d'impulser la santé par l'aménagement des milieux de vie, le développement de politiques publiques, la réorientation de services de santé, le développement de compétences individuelles et sociales et la participation des populations concernées »* (Vandoorne, 2007). Enfin, il visait à agir de façon concomitante sur un ensemble de déterminants sociaux de la santé (Whitehead & Dahlgren, 2007) où *« les actions doivent être menées sur différents fronts »* (Cambois, 2004).

[1] Sources : Observatoire Régional de la Santé PACA, ex-URCAM PACA - régime général stricto sensu
6% des ménages en France déclarent de ne pas avoir de couverture santé et 5,7% bénéficient de la CMUC ; Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie (2011). *Évaluation de la loi CMU*. RAPPORT N°V.

Plusieurs institutions[2] ont été parties prenantes du programme et s'étaient engagées à développer une expérimentation à un triple niveau :

- Développer, de manière concomitante, différentes actions visant à réduire les inégalités de santé dans un territoire vulnérable en agissant sur un ensemble de déterminants de santé auxquels sont confrontés enfants et familles démunies,
- Initier une démarche de santé communautaire avec les professionnels et les habitants des deux quartiers,
- Coordonner les décisions et les actions de terrain et mettre en œuvre une évaluation de cette double démarche.

Construction du programme et de son évaluation

Une des principales originalités du programme était de combiner une démarche ascendante en amorçant par plusieurs actions une démarche communautaire associant habitants, professionnels et institutions, et une démarche descendante par la planification en amont d'actions de santé publique (cf. figure 5). Il conjuguait ainsi les deux logiques préconisées dans les démarches territoriales de santé (Basset, 2008).

Les actions ont été développées de manière concomitante dans trois domaines :

- Liens sociaux et familiaux (compétences psychosociales de l'enfant, compétences parentales),

[2] ARS siège et délégation territoriale des Bouches du Rhône, Ville de Marseille, Inspection Académique, Conseil Général 13, GIP Politique de la Ville, Caisse Primaire d'Assurance Maladie, Caisse d'Allocations Familiales, Direction Régionale du Service Médical, Assistance Publique Hôpitaux de Marseille, Préfecture.

- Accès aux droits (simplification de l'accès à la Couverture Maladie Universelle Complémentaire),
- Dépistage et continuité des soins (bilans 4 ans et 6 ans, santé bucco-dentaire, saturnisme infantile).

L'ensemble du dispositif était coordonné à trois niveaux :

- Un comité de pilotage institutionnel annuel avec participation de représentants des habitants et d'élus locaux,
- Une équipe projet, regroupant en particulier les techniciens des institutions partenaires (22 réunions de cette équipe projet ont eu lieu entre 2008 et 2011),
- Un réseau de santé communautaire associant acteurs de terrain et représentants des habitants en lien avec l'Atelier Santé Ville Marseille Centre (18 réunions entre 2009 et 2011, 22 participants en moyenne).

Le choix des actions et la mise en œuvre du programme se sont appuyés sur les dynamiques locales préexistantes : par exemple l'adaptation du Programme de développement affectif et social (PRODAS) qui était proposé depuis 2005 par le Mouvement Français pour le Planning Familial 13 dans quelques écoles marseillaises (Tardy, 2022), les expériences de mobilisation des habitants de l'association Université du Citoyen, ou encore la coordination des acteurs de ces quartiers par l'Atelier santé ville. Certaines actions ont eu un caractère plus expérimental comme par exemple la simplification de l'accès à la CMU-C pour les bénéficiaires du RSA, l'intervention d'une médiatrice santé pour les bilans de santé en milieu scolaire et la constitution d'un conseil de citoyens.

Méthodologie du programme

Les objectifs du projet ont été définis sur la base de la trame de l'outil de catégorisation des résultats de Promotion Santé Suisse (Ackermann, 2005 ; Spencer et al., 2007). Le principal intérêt de cet outil repose sur l'hypothèse que l'amélioration de la santé, en tant que but de la prévention et de la promotion de la santé, ne peut être atteinte qu'en agissant à des niveaux intermédiaires sur quatre catégories de facteurs (offre de santé, stratégie d'appropriation de cette offre, mobilisation sociale, acquisition de compétences individuelles) qui agissent à leur tour sur trois types de déterminants de santé (les comportements individuels, l'environnement social, l'environnement physique). Les objectifs étaient formulés sous forme de résultats attendus afin d'impliquer l'ensemble des partenaires dans les changements espérés et de ne pas se centrer seulement sur la population destinataire. Plusieurs déterminants sociaux de la santé étaient ainsi visés dans la planification a priori d'actions de santé publique :

Environnement physique et matériel

- La prévention des risques d'exposition au plomb est améliorée grâce à un meilleur repérage, par les habitants et les professionnels sociaux et de santé, des risques liés à un habitat ancien dégradé.

Environnement social

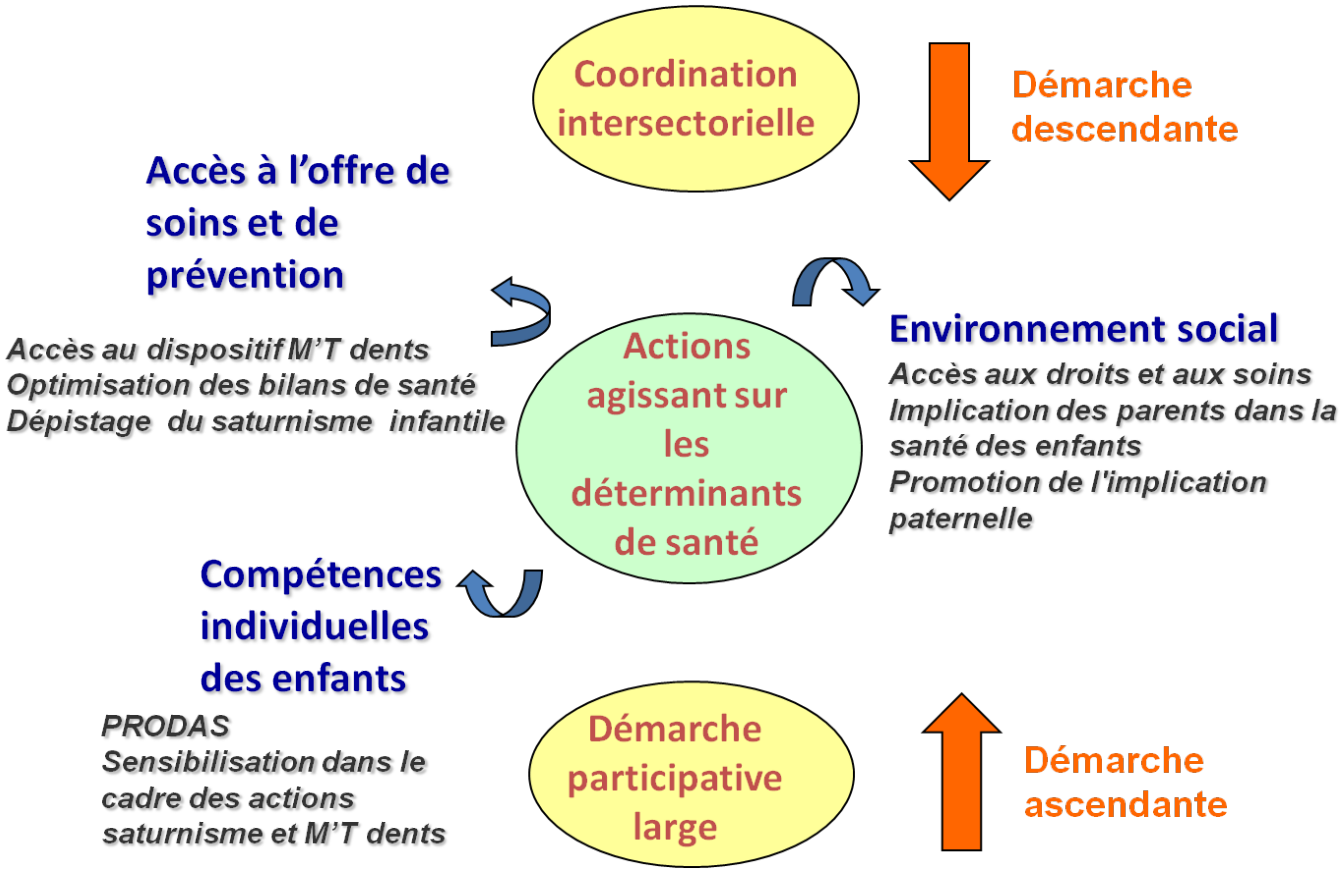
- L'accès des enfants et des familles démunies aux droits et aux offres de santé (c'est à dire de prévention et de soins) s'est rapproché de celui de la population générale de Marseille.
- Les enfants repérés (dans le cadre des bilans de santé effectués à l'école par les équipes de PMI et de santé scolaire) accèdent au primo-dépistage du saturnisme infantile.
- Les démarches administratives nécessaires à l'obtention de la CMUC sont simplifiées.

- Les familles s'apportent mutuellement aide et conseils, en particulier sur la santé de leurs enfants.
- Les relations interpersonnelles se développent sur un mode plus respectueux.

Comportements individuels

- Les familles suivent les orientations préconisées à l'issue des bilans de santé scolaire de 4 ans et de 6 ans.
- 60% des enfants de 6 ans sensibilisés en classe consultent un chirurgien-dentiste dans le cadre de l'examen bucco-dentaire (« M'T Dents »).
- Les bénéficiaires de la CMUC ont déclaré un médecin traitant.

Figure 5. Stratégies ascendantes et descendantes du programme



2. Objectifs de l'étude

La démarche ascendante du programme *« La santé à Saint-Mauront Belle-de-Mai on s'y met tous »* revêtait un intérêt double : d'une part la mobilisation et l'implication d'habitants et des réseaux locaux pour mieux appréhender les enjeux relatifs à la santé de ces quartiers, d'autre part son articulation avec les actions opérantes dans le même temps sur différents déterminants sociaux de la santé qui impliquaient un ensemble d'acteurs institutionnels et de professionnels issus de différents secteurs. L'animation de la démarche participative autour du réseau de santé communautaire a constitué la colonne vertébrale du programme *« La santé à Saint-Mauront Belle-de-Mai on s'y met tous »*. Cette alliance entre une démarche descendante et ascendante a ainsi permis de rassembler trois types d'acteurs : des représentants institutionnels, des professionnels sociaux et de santé du territoire, des habitants et citoyens engagés dans le quartier, souvent au travers du milieu associatif. La démarche de santé communautaire, par la participation citoyenne, le développement communautaire, et l'action intersectorielle, offrait de ce fait l'opportunité pour l'ensemble de ces différents acteurs de développer leur pouvoir social en s'attaquant ensemble aux problématiques du quartier, et de construire un pouvoir organisationnel en favorisant la collaboration entre les institutions et les organisations communautaires et associatives du territoire (Florin & Wandersman, 1990 ; Speer & Hughey, 1995).

Un premier objectif de cette étude sera ainsi d'analyser le déroulement du processus participatif au sein du programme qui, théoriquement, permettait de développer l'empowerment au niveau communautaire et organisationnel. En explorant et en analysant comment cette démarche ascendante s'est implantée sur ce territoire défavorisé, plusieurs

étapes clés ont pu être identifiées, et plusieurs éléments significatifs de participation ou de collaboration ont pu être repérés. Des obstacles à la participation et des cultures organisationnelles entravant la dynamique ascendante ont également été relevés.

Un deuxième objectif a été d'explorer les significations construites sur cette démarche de santé communautaire par la diversité des acteurs impliqués dans les différents espaces d'interactions et de participation. Cette expérimentation originale s'inscrit en effet dans un paysage français marqué par un déficit historique de sens et d'opérationnalisation de ce type de démarche ascendante et participative. Les termes de communauté et communautaire ne s'inscrivent pas dans des systèmes représentationnels stables ou renvoient à des ancrages professionnels très divers (Shankland et al., 2009 ; Goudet, 2011). En France, on parle davantage d'action collective, l'action communautaire dans le travail social et en promotion de la santé est un concept essentiellement nord-américain. De plus, plusieurs études et constats attestent de difficultés des acteurs institutionnels à créer des relations de confiance avec les citoyens, associations de quartiers et acteurs de terrain (Hyppolite & Parent, 2017). De ce fait, la mise en rencontre d'une diversité d'acteurs aux expertises et positions disparates présente ainsi un intérêt particulier pour observer et comprendre les significations qui se construisaient sur cette démarche de santé communautaire au sein d'un territoire français.

3. Méthode

3.1. La collecte de données

L'évaluation sur la période expérimentale du programme de la démarche communautaire s'est déroulée de septembre 2008 à juin 2011, sachant qu'elle a été conçue en parallèle avec

l'élaboration du programme lui-même et qu'elle a été menée ensuite en continu, s'étendant même aux années qui ont suivi la période expérimentale. L'attention a été portée sur l'expérience vécue des différents acteurs au sein des différents espaces participatifs et de coordination, et comment le processus d'empowerment au niveau communautaire et organisationnel se construisait au cours du temps (Jodelet, 2007 ; Maton & Salem, 1995 ; Saïas, 2009 ; Zimmerman 1995). Cette démarche d'évaluation holistique articulait différentes sources de données qui permettaient de spécifier le processus participatif de la démarche communautaire, de comprendre comment les instances communautaires et intersectorielles fonctionnaient, tout en contribuant à l'amélioration de la démarche communautaire en train de se faire (Christens, 2012 ; Butterfoss, 2006 ; Butterfoss & Francisco, 2004). Deux approches complémentaires ont ainsi été menées pour analyser le processus participatif de la démarche de santé communautaire et explorer les significations que les acteurs y ont développées. La première s'est construite dans une posture immersive et d'observation participante en s'insérant dans l'ensemble des espaces de participation du programme : les assemblées plénières initiales avec les habitants et acteurs territoriaux, le conseil de citoyens qui s'est formé, l'ensemble des réunions du réseau de santé communautaire, les groupes de travail constitués pour agir sur certains déterminants sociaux de santé identifiés. La deuxième approche a consisté à réaliser vingt entretiens semi-directifs et deux focus group auprès d'un panel d'acteurs les plus impliqués dans la démarche et représentatif de la diversité des expertises et des positions sociales. Cette double entrée méthodologique articulait des données objectivantes en utilisant différentes sources de données et outils en promotion de la santé pour catégoriser les éléments recueillis, et des données subjectivantes en interrogeant le sens que les acteurs construisaient dans les espaces d'interactions en

s'appuyant sur la théorie des représentations sociales (Apostolids & Dany, 2012). Les chercheurs ont été partie prenante de l'ensemble de la démarche de santé communautaire, interagissant dans les différents espaces participatifs, co-produisant les comptes-rendus des réunions collectives, rendant compte de résultats intermédiaires, et travaillant avec les responsables et animateurs du projet sur le sens et l'amélioration de la démarche communautaire (Butterfoss & Francisco, 2004). Cette posture d'observation complète (Lapassade, 2016), où le chercheur enquête *« du dedans »* en ayant un statut actif dans la situation, a permis de recueillir un ensemble d'éléments sur le contenu et les processus de la démarche participative. Les notes constantes de terrain issues des observations ont été complétées par les comptes-rendus de réunions des différents espaces participatifs, et réexaminées, mises à l'épreuve lors des multiples échanges et retours avec les porteurs du programme et l'animateur de la démarche de santé communautaire. Cette posture est ainsi en accord avec celle promue par la recherche en promotion de la santé sur la participation au sein de coalitions communautaires et de dynamiques intersectorielles. L'évaluation y est pensée comme *« le processus social de prendre part (volontairement) à des activités, programmes et/ou discussions formels ou informels pour apporter un changement ou une amélioration planifiée dans la vie, les services, et les ressources de la communauté »* (Butterfoss, 2006). Les différentes parties prenantes engagées dans le réseau de santé communautaire ont également rempli en 2010 et 2011 un questionnaire qui évaluait la perception des échanges et de la dynamique partenariale (Bilodeau et al., 2011). Vingt entretiens et deux focus group réunissant dix puis huit acteurs participant à la démarche communautaire et intersectorielle ont été réalisés afin de comprendre le vécu des différents acteurs du projet et d'explorer les significations qu'ils ont pu construire dans leur implication

au sein des différents espaces participatifs du programme. Les grilles d'entretiens et de focus group sont présentées aux annexes 3 et 4. Le premier focus group s'est déroulé le 22 avril 2010 et a permis d'une part de proposer une série d'améliorations sur le programme et la démarche communautaire, d'autre part d'identifier les dimensions les plus pertinentes à interroger pour les entretiens en croisant les éléments avec la littérature sur les dynamiques d'empowerment communautaire et organisationnel. Le deuxième focus group s'est déroulé le 11 juin 2011 et les entretiens sur la période de mai-juin 2011, soit au bout des trois années de la période expérimentale du programme (Bellier, 2011). Les dimensions structurant les grilles d'entretien et des focus group sont présentées dans le tableau 4. Les échantillons ont été constitués selon le degré de participation des acteurs dans les différents espaces (équipe-projet, réseau de santé communautaire, assemblées plénières, conseil du citoyen, groupes de travail), et selon la position sociale qu'ils occupaient et représentaient au sein de la démarche communautaire. Huit représentants institutionnels, huit professionnels du territoire, et quatre habitants des quartiers (bénévoles en association ou au sein d'une organisation citoyenne) ont notamment été interrogés par entretien.

Tableau 4. Dimensions structurant les grilles d'entretien et des focus group

	Dimensions interrogées
Focus group 1	- Articulation de la démarche ascendante et descendante - Capacités collaboratives des membres - Déroulement et stratégie du projet - Appropriation du programme - Sens construit sur la démarche communautaire - Implantation du programme sur le territoire - Contexte socio-économique et politique - Planification commune - Organisation intersectorielle.
Focus Group 2	- Sens construit sur la démarche communautaire et la dynamique intersectorielle du programme : clarté de la mission, planification et capacités collectives, déterminants sociaux prioritaires, analyse du contexte, représentation du projet - Articulation de la démarche ascendante/descendante : démarche communautaire, intersectorialité, coordination, dynamique de travail collective
Entretiens	- Positionnement vis-à-vis du projet : engagement des membres, sentiment d'efficacité collective, plus-value par rapport à des actions isolées, sentiment de cohésion dans la structure d'appartenance - Sens construit sur la démarche communautaire : place et rôle des habitants, empowerment personnel, communautaire, organisationnel, sentiment d'interdépendance, conscience critique, vision claire de changement - Climat au sein de la structure organisationnelle : cohésion, coordination, réseau d'échange, relations de confiance, productions informelles, qualité de la communication, sentiment d'efficacité collective, légitimité des acteurs, planification commune, ressources disponibles, leadership - Plus-value perçue : croyance en l'efficacité personnelle, satisfaction, empowerment individuel, organisationnel, perception des coûts/bénéfices

3.2. L'analyse des données

Les notes d'observation des espaces participatifs ont été complétées par les comptes-rendus des différentes réunions. Elles ont permis de retranscrire, par une analyse de contenu (Bardin, 2013), les préoccupations des habitants sur les deux quartiers, les éléments de diagnostic communautaire sur les différents déterminants sociaux ciblés, et les activités communautaires sur les thématiques priorisées. Différents outils ont été utilisés pour structurer les éléments recueillis, en particulier l'outil promotion santé suisse (Spencer et al., 2007) qui a permis d'identifier les principaux facteurs influençant la dynamique communautaire. En s'appuyant sur les recommandations et les cadres d'évaluation de démarches et de coalitions communautaires en promotion de la santé (Butterfoss et al., 1993 ; Butterfoss & Francisco, 2004 ; Fawcett et al., 1995 ; Goodman & al., 1998 ; Roussos & Fawcett, 2000), il a été spécifié les différents éléments du processus d'empowerment en œuvre dans la démarche de santé communautaire. Sur l'ensemble des entretiens retranscrits, une analyse de contenu thématique a été réalisée, en extrayant les significations du discours des acteurs interrogés avec le souci de rester fidèle à leur propos et à leur réflexion. Une analyse verticale (chaque entretien pris un à un) puis horizontale sur l'ensemble des entretiens ont été réalisées en mettant en exergue la fréquence d'apparition des différents thèmes (Paillé & Mucchielli, 2016). Les données qualitatives ont permis de se centrer sur l'explication du processus participatif à l'articulation d'une démarche ascendante et descendante, et d'explorer les éléments singuliers en œuvre dans ce contexte territorial au sein de la dynamique communautaire et intersectorielle. L'analyse des données catégorisées sous forme de thèmes a été réalisée en s'appuyant sur le cadre théorique de la représentation de la situation d'Abric (1987), autour de trois axes : la représentation de la tâche, la représentation des partenaires,

la représentation du contexte. Enfin, les focus group ont été analysés selon l'analyse de l'énonciation de Bardin (2013), au travers de l'agencement et de la dynamique du discours, le style du discours, et des éléments atypiques émergeant dans les situations d'interactions entre les membres de la démarche communautaire aux appartenances hétérogènes.

4. Résultats

4.1. Mise en œuvre de la démarche communautaire

La volonté de conjuguer une démarche ascendante et descendante et de s'appuyer sur un large partenariat a été présente dès la phase de rédaction du projet. Avant sa mise en œuvre, début 2008, sur la base d'un diagnostic effectué dans le cadre de l'Atelier Santé Ville, chaque institution ou association concernée avait élaboré une fiche action correspondant à son intervention. Ces fiches avaient été discutées lors des premières réunions de l'équipe projet et permettaient de planifier en amont (démarche descendante) l'action sur les déterminants ciblés par le projet. La mise en œuvre opérationnelle de la démarche ascendante du programme a débuté en 2008 par une phase d'immersion dans les deux quartiers avec l'organisation entre septembre 2008 et avril 2009 de quatre assemblées plénières (38 à 78 personnes dont deux tiers d'habitants en moyenne) constituant les premiers points de rencontre entre habitants, acteurs du quartiers, professionnels intervenants sur le secteur et représentants d'institutions. Une attention particulière était portée aux déterminants de la santé des habitants, à savoir l'ensemble du contexte (social, environnemental, éducationnel, médical, économique) dans lequel les habitants évoluaient. Il s'agissait en particulier de

prendre en compte les problématiques pensées par les habitants et les acteurs du quartier qui n'avaient pas fait l'objet d'actions planifiées en amont de la mise en œuvre du projet (par exemple l'accès aux équipements de loisirs dans le quartier, ou la sécurité à la sortie des écoles). L'analyse de contenu des assemblées plénières, qui constituaient les premiers espaces de participation avec les habitants du quartier, a mis en exergue la définition de leur santé et leur rapport à la santé, les déterminants sociaux les plus sensibles pour leur santé et leur bien-être (le cadre de vie et le logement, les relations entre les familles et l'école, la parentalité, la santé mentale liée au contexte de vie), les ressources sur lesquelles ils pouvaient s'appuyer (l'environnement social proche et les professionnels médicaux et sociaux), et les multiples freins et difficultés en matière d'accès aux soins et à la prévention (cf. figure 6). Sur chaque thème principal, des propositions ont pu être exprimées, mises en dialogue, et formalisées. Ces premières assemblées plénières ont suscité des réflexions fortes sur le degré de participation attendu et l'engagement réel des institutions et professionnels, avec la crainte qu'elles deviennent des *« énièmes réunions publiques »* qui entraînent *« une usure des gens. Nous on sait ce qui va, ce qui ne va pas. Et vous professionnels, c'est quoi qui ne vas pas c'est quoi vos freins ? »* (Prise de parole d'une habitante et bénévole associative lors de la première assemblée plénière). Davantage de partenariat et de coopération entre professionnels étaient souhaités : *« être en grande proximité, « s'affranchir de l'identité de sa structure », « il faut faire ensemble »* (Prises de parole lors des assemblées plénières 2, 3 et 4).

Figure 6. Analyse de contenu des assemblées plénières

La définition de leur santé, leur rapport à la santé

Définition de la santé par les groupes d'habitants : la recherche de bien-être et de pouvoir satisfaire les besoins de base

La recherche de bien-être dans ses différents milieux de vie

- **Trouver un environnement social où l'on se sent bien** car la santé ne passe pas que par le médical : être bien socialement (logement, travail), bénéficier de l'amour et de l'affection des ses deux parents.
- **Des lieux de socialisation pour apprendre** : école, crèche, halte garderie, centres de loisirs et colonies de vacances.

Une attention sur les besoins primaires et sur les besoins de santé essentiels des enfants

- **La satisfaction des besoins primaires** : Que les enfants soient bien nourris, qu'ils dorment bien, qu'ils aient une bonne hygiène (les crèches constatent parfois des cas de gale).
- **L'attention sur les problèmes potentiels de santé des jeunes enfants :** dépister les nombreux problèmes de vue et d'audition qui peuvent entraîner des retards à l'école, problèmes dentaires qui viennent d'une consommation excessive de sucre.

Les propositions exprimées

Des lieux de socialisation ouverts

- Développer l'accès à la culture.
- Créer des espaces qui soient de véritables lieux de jeux.
- Mobiliser les écoles sur la vie du quartier car c'est un lieu incontournable

Développer les actions de prévention

- Sensibilisation des parents et des enfants à l'équilibre alimentaire et à l'hygiène de vie.
- Mise en place de marchés de proximité de producteurs pour faire face au coût de l'alimentation.
- Généraliser des actions de prévention à toutes les classes.

Leur rapport à la santé : entre inquiétude et obligations.

Le poids des responsabilités quotidiennes face à la santé

« On a toujours un souci, mais on se néglige car la santé vient après. »

« Avoir peur de ne pas pouvoir affronter ses responsabilités de mère car il faut que je sois en bonne santé. »

Un sentiment d'inquiétude sur la santé de leurs enfants

- **Quotidien de l'urgence ressentie** : les familles sont dans l'inquiétude, il y a une insécurité, une angoisse du lendemain.
- **Ne pas exprimer sa santé pour ne pas inquiéter** : les enfants ne savent pas s'exprimer et ne veulent pas inquiéter leurs parents. Généralement, les parents s'inquiètent davantage de la santé de leurs enfants que de leur propre santé.

Les propositions exprimées

Favoriser les rencontres et les échanges libres sur la santé

- Développer des lieux de rencontres qui sont des lieux d'accroche pour aborder les questions plus délicates.

- Créer des lieux de rencontre de type « Maison du citoyen » où tout le monde pourrait venir se rencontrer, discuter, contrairement à ce qui est proposé par les autres structures où tout est cloisonné par âge ou activité.

Les déterminants sociaux les plus sensibles pour la santé et le bien-être des habitants

Le déterminant de santé qui préoccupe les habitants : le cadre de vie et le logement.

Nombreux logements insalubres et exigus → **Conséquences négatives sur la santé et le bien-être des enfants**

Logements insalubres, sans eau, sans électricité ni toilettes. → Asthme, allergie, champignons, saturnisme. → Manque de sommeil, violences, problèmes de santé mentale.

Inadaptation des logements vis-à-vis de la composition de la famille : logements trop petits ou trop chers. → Les enfants ne peuvent pas y jouer ou y faire leurs devoirs. → L'enfant passe beaucoup de temps dans la rue ou au contraire il est maintenu dans le logement même si celui-ci est trop petit car les familles ne se sentent pas en sécurité dans le quartier.

« J'ai beaucoup souffert dans une maison insalubre : WC dans la chambre, ma fille qui dormait avec moi, un mois et demi sans eau, des propriétaires qui ne voulaient pas intervenir. »

« Les professionnels ont beaucoup de difficultés à mobiliser sur les questions de santé car la priorité des habitants, c'est la question du logement. »

Manque d'espaces verts et d'espaces de jeux → **Les habitants et leurs enfants n'arrivent pas à sortir de leur quotidien**

L'environnement urbain : insécurité, circulation, insalubrité, trottoirs étroits et encombrés. → Peur de laisser les adolescents seuls dehors. → Difficultés pour les mamans lorsqu'elles veulent sortir leurs enfants avec leurs poussettes.

Manque d'espaces verts et de possibilités d'activités. → Manque d'espace public *pour « se poser »,* d'espaces de jeux, pour construire *« du lien social ».* → Il y a peu d'activités pour les enfants en dehors de l'école. Les centres aérés ne peuvent répondre à toutes les demandes.

« Il y a trop de béton et cela pose une question : où est la place des enfants dans la ville et le quartier ? »

Les propositions exprimées

Travailler de manière coplémentaire à l'amélioration de la situation du logement

- Favoriser l'accession à des logements adaptés au nombre de personnes par familles.
- Que l'ensemble des institutions réunies soit prêtes à travailler avec les habitants, de façon transversale, et en associant les professionnels du logement.

Dévelloper les espaces d'accueil extérieurs

- Mettre en place des lieux de loisirs, des terrains de jeux, et des espaces verts pour les enfants et les adolescents.
- Proposer plus d'activités pour les enfants et les familles.
- Créer un parc et rendre plus disponible les plateaux sportifs.

Les relations entre les familles et l'école : difficulté à trouver une place et à communiquer.

Problèmes de communication entre les parents et l'école

- **Peur d'être jugés :** les parents ne viennent pas à l'école de peur de se sentir jugés, les parents on le sentiment d'y être jugés.
- **Difficultés liées à la langue :** c'est parfois un problème de communication avec les enseignants, notamment lié à la langue.

Difficulté des parents à trouver une place dans l'école

- **Sentiment du peu de place laissée aux familles dans l'école** : pour une question d'organisation, les mamans ne sont pas acceptées dans l'école, l'école ne pense pas les familles.
- **Les parents participent peu aux instances de l'école :** les parents d'élèves ne sont pas tous informés de l'existence de parents délégués, les parents font confiance à l'institution et confient leurs enfants sans prendre part aux instances qui leur sont ouvertes.

« L'école ne pense pas les familles et il existe beaucoup d'incompréhension de part et d'autre. »

Les propositions exprimées

Améliorer la communication et les relations entre l'école et les parents

- Mettre en place des espaces d'échanges entre les équipes enseignantes et les parents, en lien avec les structures sociales du quartier.

- Se rendre à l'école pour favoriser le lien : rencontrer le directeur, contacter les représentants des parents, prendre rendez-vous avec les professeurs.

- Créer un groupe de parents d'élèves.

Exercer sa parentalité dans un contexte de vie difficile.

Difficulté à être parents, pouvoir développer des relations sécurisantes avec ses enfants

Développer des relations sécurisées et affectives, transmettre des repères : être patient, attentif, affectueux, à l'écoute et disponible. Ne pas tout accepter, transmettre nos valeurs, accompagner ses enfants.

Avoir du temps avec son enfant : être disponible mais ce temps est rare, les parents ont beaucoup de difficultés à trouver du temps à partager avec leur enfant.

Difficultés à être parent, notamment pour les familles monoparentales et primo-arrivantes : les parents sont de bonne volonté mais, parfois, certains ne savent pas comment faire. Comment s'occuper de son enfant lorsque la mère est seule? Malade ? Comment concilier tous les aspects de la vie ? Où trouver du soutien ?

« Je suis toute seule pour gérer mes deux enfants, c'est dur ! Je ne fais que courir partout. Je n'arrive pas à sortir de mon quotidien et à évacuer les soucis. »

« Ils se sentent coupables lorsqu'ils ne trouvent pas de solution. »

Les propositions exprimées

Organiser du soutien à la parentalité

- Mettre en place des actions de soutien à la parentalité, des espaces d'échanges de savoir, pour que les habitants puissent se rencontrer et partager.

- Sensibiliser sur les actions des structures d'aide à l'enfance et d'aide aux familles.

- Créer un lieu d'accueil et d'accompagnement enfant/parents et *« des lieux d'échange sur la parentalité »*.

- Développer les modes de garde, notamment les haltes garderie.

La santé mentale liée au contexte de vie : « stress », « dépression », besoin d' « écoute ».

Le stress du quotidien

« *Cercle vicieux* » du stress des parents qui « *se transmet à la famille* » : la pression, le stress, les urgences quotidiennes peuvent entraîner des dépressions.

Des conditions de vie pathogènes : l'insécurité du lieu de vie, les logements exigus comme une seule pièce pour quatre à cinq enfants génère de l'agressivité : « *la famille devient malade* ».

« Le moral, c'est ce qu'il y a de plus dur à soigner. »

Les propositions exprimées

« On va chez le médecin pour pouvoir s'exprimer, avoir une écoute. »

Besoin d'espace d'écoute

- Permettre un accompagnement, une information, une détente, de parler, d'avoir une réponse ou d'être rassuré.
- Développer des lieux de rencontres et d'écoute pour les parents.

.

Les ressources sur lesquelles peuvent s'appuyer les habitants : l'environnement social proche et les professionnels médicaux et sociaux.

Les liens sociaux et affectifs	La famille et les amis.	Rester en lien avec les gens dans les espaces rencontres (le bar du cinéma, le centre social, la sortie de l'école).	
Les référents médicaux	En premier lieu : le médecin généraliste.	Les services de la Protection Maternelle Infantile	Les centres médicaux qui sont un vrai service de proximité malgré les heures d'attentes.
les structures sociales	Les deux centres sociaux du territoire et la Maison Départementale de la Solidarité.	Les associations : l'ASFCF (Association de Solidarité Franco-Comorienne en France) et la Fraternité de la Belle de Mai notamment.	

« L'atout de ce quartier, c'est que cela fonctionne comme une famille, on peut donc imaginer des systèmes d'entraide. Le quartier de la Belle de Mai est un quartier de forces collectives. »

« Les problèmes résident dans la visibilité de ces associations, souvent méconnues, et la communication » ;
« Des familles ne connaissent ni les réseaux, ni les professionnels existants. »

Les propositions exprimées

Lieux de participation et d'échanges sur la santé

- Des représentants des habitants dans le groupe de suivi du Programme.
- Ouvrir des centres d'écoute et d'information sur la santé.
- Créer des espaces de rencontre entre les habitants.
- Travailler sur une meilleure visibilité des acteurs sociaux et médicaux.

.

De multiples freins et difficultés en matière d'accès aux soins et à la prévention.

La pression financière	Les plafonds pour l'accès à la CMU ou la CMU Complémentaire.	Le budget santé prend une place de plus en plus importante (lunettes, orthodontie, médicaments dits de conforts ne sont pas remboursés, forfaits d'hospitalisation qui augmentent).	
Regard stigmatisant sur les droits sociaux en santé	Peur des refus lors des démarches administratives.	Soit on ne connaît pas ses droits, soit on n'ose pas en bénéficier (culpabilité, honte, il y a toujours plus malheureux que soi).	
Obstacles à l'accès aux soins	Difficulté à identifier des relais dans son environnement pour accéder aux soins : *« j'avais personne ».*	Refus de soins dont peuvent être victimes les bénéficiaires de la CMUC. Refus parfois déguisés par le temps d'attente avant le rendez-vous (ex : rdv à 6 mois).	
Demande d'une meilleure relation aux professionnels de santé	Sentiment d'être stigmatisé du fait de sa situation précaire voire pauvre.	Sentiment de se sentir mal accueilli par des spécialistes de la santé.	Besoin d'être rassuré par le médecin, de se détendre, de pouvoir s'exprimer.
Les informations et messages de prévention sont peu connus.	L'information concernant l'accès aux soins ne passe pas suffisamment ou est mal comprise.	La barrière de la langue.	Il manque des lieux de prévention, d'information et de conseil en matière de santé des enfants (notamment pour les enfants âgés de plus de six ans).

« Ce qui me rend malade c'est de ne pas pouvoir et de ne pas savoir. »

Les propositions exprimées

Favoriser un meilleur accompagnement des familles

- Créer un lieu d'accueil et d'information pour les primo-arrivants.
- Ouvrir des lieux d'alphabétisation et mettre en place des médiateurs culturels pour la communication et la traduction.
- Recenser les structures de soutien existantes ainsi que leurs activités.
- Augmenter les interventions autour de la santé dans les structures sociales.

Faciliter l'information et la communication

- Développer les relais d'informations sur les activités existantes dans le quartier.
- Adapter l'information / des messages en matière de santé selon les publics.
- Formation des relais communautaires.
- Améliorer la circulation de l'information entre les institutions, les professionnels et les habitants.

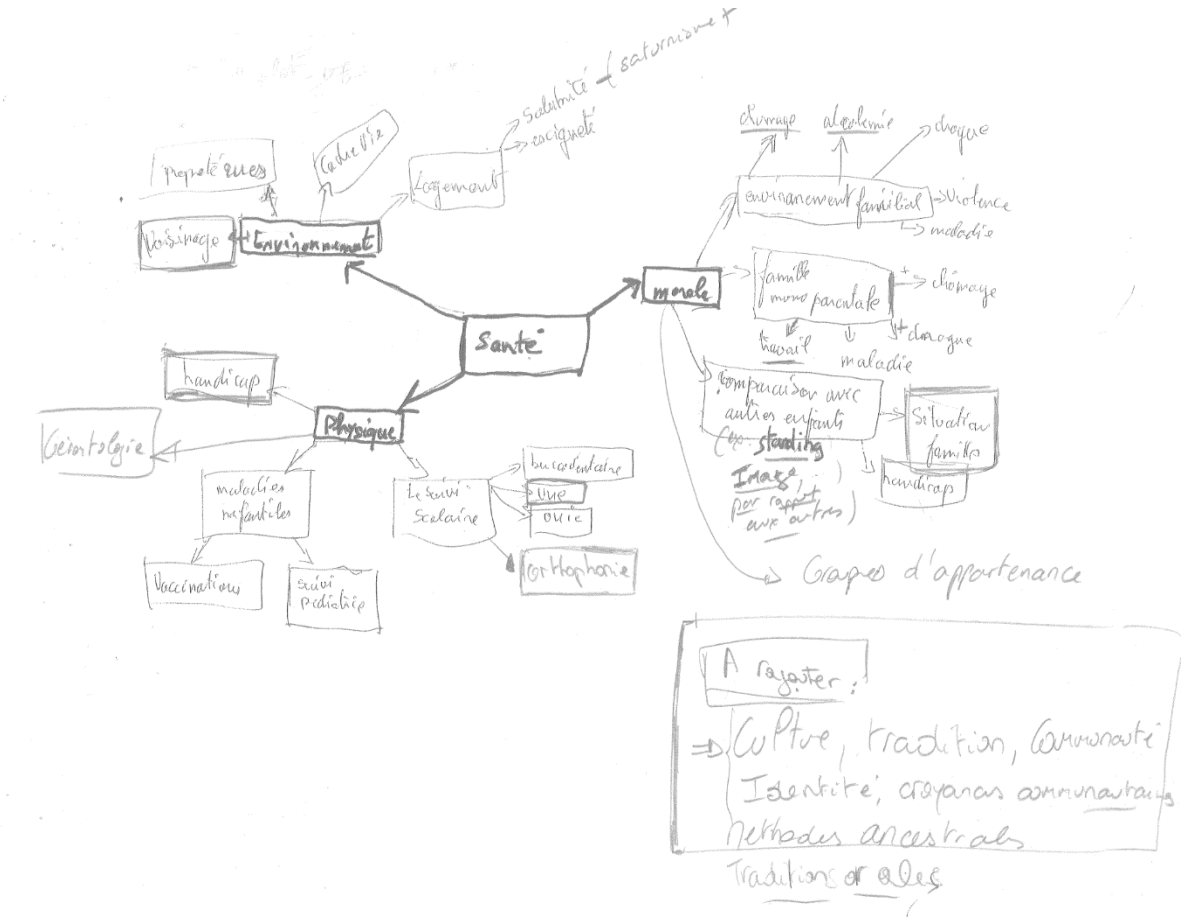
Le conseil de citoyens

Plusieurs habitants particulièrement motivés ayant participé aux assemblées plénières ont accepté de constituer un conseil de citoyens (16 réunions réalisées entre juillet 2009 et décembre 2011). Ils ont défini leurs propres objectifs pour contribuer à améliorer la santé des enfants et des familles sur les deux quartiers :

- Partager leurs connaissances et nouer de nouvelles relations et solidarités.
- Développer leurs connaissances et compétences individuelles et collectives dans le domaine de la santé des enfants.
- Obtenir des informations sur les dispositifs et les ressources locales en matière de prévention, d'accès aux soins et aux droits.
- Repérer des lieux et des professionnels qu'ils peuvent solliciter par eux-mêmes.
- Etre accompagné pour transformer leurs idées et propositions en projet collectif.

Les premières réunions du conseil citoyen ont consisté à réfléchir à leur définition de la santé ainsi qu'à l'interconnexion des différents déterminants sociaux. La figure 7 illustre cette réflexion en considérant la santé d'un point de vue physique, psychologique et des conditions de vie dans l'environnement.

Figure 7. Schéma définissant la santé réalisé par le conseil de citoyens le 1-07-2009



Fort des constats issus des assemblées plénières, le conseil de citoyens a pu investiguer plusieurs déterminants sociaux de la santé et du bien-être : l'accès aux droits (RSA, CMUC, mutuelles), le cadre de vie et le logement, le lien entre les parents et les écoles. Rapidement, ils se sont également emparés de la problématique des cantines scolaires où il a été constaté que certains enfants ne mangeaient pas pendant la pause méridienne du déjeuner, se retrouvant sur le trottoir, parce que leurs parents n'avaient pas payé la cantine. Ils ont également investi la question de la communication avec la communauté large des deux quartiers. Ils ont ainsi aidé à formaliser et à diffuser une brochure à destination des habitants

sur l'ensemble des actions du programme *« La Santé à Saint-Mauront Belle-de-Mai : on s'y met tous ! »*. Ils ont constitué leur propre document d'information sur le conseil de citoyens et l'ont diffusé en 2 500 exemplaires sur les structures sociales du quartier (cf. annexe 5). Pour les membres du conseil de citoyens, il était important de développer les supports de communication autour du programme et de la santé publique, notamment pour toutes les personnes qui ont besoin de soutien mais qui ne sollicitent personne par honte. Lors de la fête annuelle sur le quartier Saint-Mauront les 15, 16 et 17 octobre 2010, ils ont mobilisé sur des stands des membres des institutions participant au projet et impliqués sur les actions définies au préalable comme l'action M'T dents portée par la CPCAM, ou l'action portant sur la prévention du saturnisme infantile. En lien avec les nouveaux partenaires qui ont progressivement rallié le programme et la démarche communautaire, ils ont cherché à diffuser des informations sur les cancers, l'alimentation, les équipements de loisirs du quartier, et à les traduire en d'autres langues en s'appuyant sur des outils du CoDEPS 13 (Comité Départemental d'éducation et de promotion de la santé des Bouches-du-Rhône). Ils se sont mis en lien avec le nouvel Imam qui intervient sur une radio locale (Radio Gazelle), ils ont investi le site internet créé autour de la démarche communautaire et du programme, et ils ont utilisé un journal local *« Bellevue dans notre cité ».* Sur la problématique de l'accès aux droits et aux soins, ils ont contribué à faire connaître de façon beaucoup plus prégnante les problèmes d'accès à une mutuelle pour les personnes juste au-dessus des seuils de la CMUC, ainsi que la problématique du non-recours aux droits sociaux par méconnaissance ou pour raisons financières. Ils ont pu interagir à de nombreuses reprises avec la personne référente de la CPAM sur les procédures face aux refus de soins, l'aide à la complémentaire santé, et autour de la commission d'action sanitaire et sociale pour obtenir un complément de

remboursement dans le cas où ce qui reste à la charge des personnes pour se soigner reste trop élevé pour leur budget. Concernant les cantines scolaires, c'est par la problématisation en appui avec le réseau de santé communautaire, et par des espaces de rencontres et d'échanges répétés avec des personnes ressources et un décideur de la Direction générale de la petite enfance et de la vie scolaire que les propositions concrètes formulées par le conseil de citoyens ont pu aboutir. Ces résultats significatifs ont affirmé leur croyance à pouvoir produire des changements en travaillant ensemble, et ont légitimé la dynamique ascendante du programme. Les membres du conseil de citoyens ont pu également donner leur regard sur les autres actions du projet *« La Santé à Saint-Mauront Belle-de-Mai : on s'y met tous ! »* en participant par exemple au comité technique de l'action M'T Dents, en recommandant la création d'une coordination des actions du programme et de celles émergeantes, et en contribuant à la mise en place de nouvelles assemblées plénières jusqu'en 2013. Plusieurs constats et propositions ont été faits sur la thématique du cadre de vie, comme mettre en place des visites des jardins collectifs existants sur le quartier, utiliser des espaces désaffectés non utilisés pour les réhabiliter en jardin public et en espaces de rencontres, se mettre en lien avec la police municipale sur les problèmes de stationnement anarchique, proposer différents lieux pour favoriser la mise en place de nouveaux centres aérés. Face à l'étendue des problématiques du logement et du cadre de vie sur ces deux quartiers et à l'impuissance qu'elles génèrent, le conseil de citoyens a souhaité que les problématiques d'insalubrité, de sécurité des logements, et celle des équipements publics (jardins, centres aérés, crèches et équipements sportifs) puissent être abordées en réunion du réseau de santé communautaire. Une demande de rencontre avec le chef de projet rénovation urbaine a été sollicitée. Concernant les relations entre les parents et l'organisation scolaire, les membres ont proposé

de mettre en place des permanences du conseil de citoyens dans les écoles. Ils ont initié puis pris part pour une partie d'entre eux à la sensibilisation des parents d'élèves sur le rôle des parents délégués sur les deux quartiers. Une des membres du conseil citoyen s'est présentée aux élections de parents délégués dans une des écoles maternelles. Si certains objectifs n'ont pu aboutir, comme inclure des personnes issues de la communauté comorienne et de la communauté cap-verdienne, ou organiser des temps d'accueil des parents pour discuter de leurs problématiques, le conseil de citoyens est apparu comme un espace de problématisation et d'action tourné vers les préoccupations du quartier et prêt à s'engager sur des objectifs communs. Ils trouvaient intéressant de pouvoir rencontrer, grâce au programme *« La Santé à Saint-Mauront Belle-de-Mai : on s'y met tous ! »* et grâce aux relations créées par l'animateur de la démarche communautaire, des personnes ressources et des décideurs en charge des problématiques priorisées, car ils ne pouvaient avoir accès seuls à ces possibilités d'interactions. Ils identifiaient ensemble les personnes référentes au sein des institutions. Ils ont été invités à une rencontre organisée par le conseil national des villes, renforçant la reconnaissance de leur engagement. Enfin, ils ont pu, en 2009, présenter et défendre les principaux constats issus des assemblées plénières lors du comité de pilotage annuel du programme *« La santé à Saint-Mauront Belle-de-Mai on s'y met tous »* où la question très sensible du logement à Marseille a pu être abordée auprès d'élus locaux. Neuf ans plus tard, le 5 novembre 2018, deux immeubles vétustes du centre-ville se sont effondrés rue d'Aubagne à Marseille dans le 1er arrondissement, provoquant la mort de huit personnes. 4 500 Marseillais habitant dans 578 immeubles dangereux ont été évacués suite au drame.

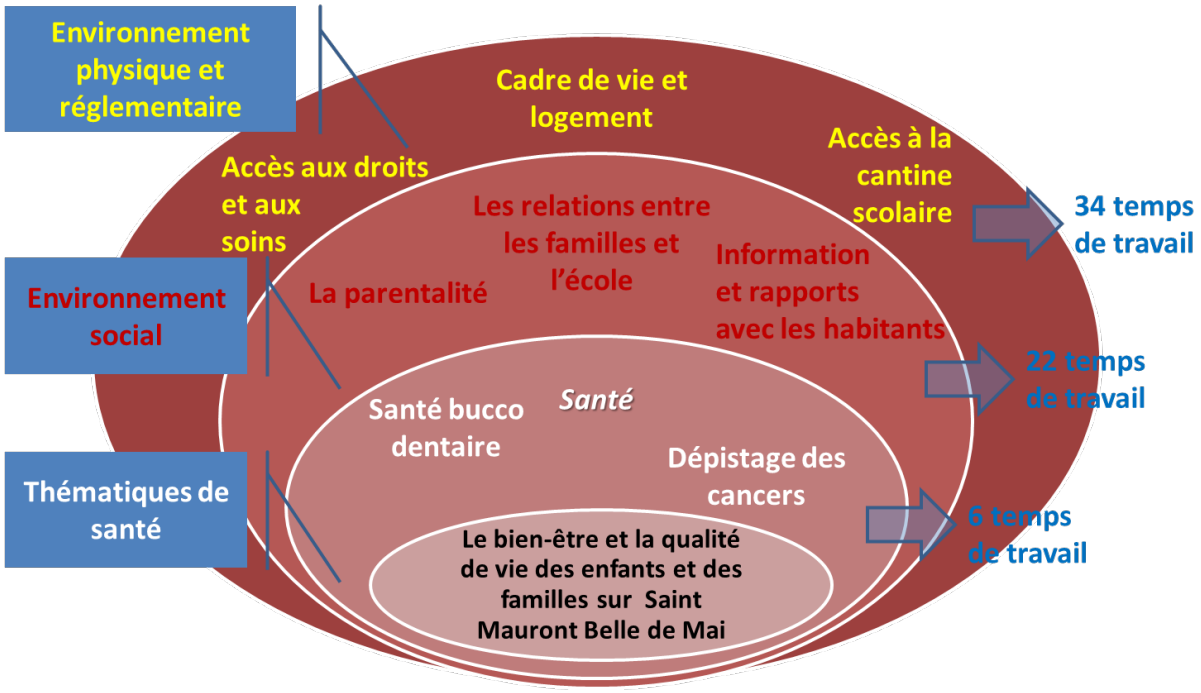
Le réseau de santé communautaire

Parallèlement à l'initialisation de cette démarche ascendante, l'équipe projet constituée au moment de l'écriture du programme *« La santé à Saint-Mauront Belle-de-Mai on s'y met tous »* travaillait à la mise en œuvre et au suivi des actions planifiées à l'avance au travers des fiches action (démarche descendante), et exposait les marges de manœuvre sur les demandes et les besoins exprimés lors des assemblées plénières et des réunions du conseil de citoyens. La démarche ascendante s'est étendue par la mise en œuvre d'un réseau de santé communautaire composé des acteurs des deux quartiers et des institutions engagées dans le projet (18 réunions de réseau de santé communautaire entre janvier 2009 et décembre 2011 avec 23 participants en moyenne par rencontre). L'Université du Citoyen, de par la mobilisation initiale des acteurs des deux quartiers lors des assemblées plénières, a grandement facilité leur participation au réseau qu'elle a elle-même animé. Cette animation participait à coordonner l'intervention des différents acteurs intervenant sur le 3eme arrondissement de Marseille par des rencontres avec les acteurs du territoire, la mobilisation en continu de ces acteurs, en lien étroit avec l'Atelier Santé Ville Marseille Centre et le Chef de Projet CUCS St Lazare – St Mauront – Belle-de-Mai (Politique de la ville). A chaque réunion du réseau de santé communautaire, l'ensemble des partenaires décidait des thèmes à aborder (cadre de vie et logement, relations entre les familles et l'école, accès aux droits et aux soins, santé mentale notamment) où des personnes ressources étaient invitées à intervenir pour partager leur expertise sur le domaine ciblé. Ces espaces participatifs étaient des lieux de rencontres dynamiques et d'interconnaissance où interagissaient les professionnels sanitaires et sociaux du territoire mobilisés, les habitants du conseil de citoyens, et les représentants institutionnels impliqués dans les actions de la démarche descendante. Les différents interlocuteurs

apprenaient à connaître les activités et les équipes des structures sociales du quartier pour que les membres du réseau se connaissent mieux. Un répertoire des acteurs de Saint-Mauront Belle de Mai a pu être créé (20 associations ou institutions présentées à sa création). D'autres espaces de rencontre et d'interactions ont pu voir le jour : une soirée de présentation du programme *« La santé à Saint-Mauront Belle-de Mai : on s'y met tous ! »* avec 15 professionnels de santé libéraux (sur 173 invités) avec 17 autres acteurs professionnels ou institutionnels du territoire engagés sur le projet, une rencontre entre les membres du réseau et le Pôle Accueil Social de la Maison Départementale de la Solidarité, une réunion avec les bailleurs locaux (Marseille habitat, LOGIREM…) et les compagnies bâtisseurs. En organisant les différents acteurs en réseau, la démarche communautaire ancrait l'intersectorialité à un niveau local et favoriser la construction d'une culture commune. Plusieurs formations ont ainsi été réalisées pour les membres du réseau (communication et techniques d'animation en matière d'éducation pour la santé, l'approche transculturelle, promotion de l'implication paternelle, formation au programme de développement affectif et social, concepts de la santé communautaire) et ont facilité la collaboration entre les acteurs puis la construction d'objectifs communs. A chaque réunion du réseau communautaire, les différents dispositifs existants sur le territoire et la ville de Marseille étaient présentés sur les différentes thématiques ciblées par les habitants lors des assemblées plénières : la Politique de la Ville et le Collectif Objectif Logement concernant l'habitat et le cadre de vie, la Direction Générale de l'Education et de la Petite Enfance de la Mairie de Marseille sur la problématique des cantines scolaires et des relations parents-écoles, la Caisse Primaire d'Assurance Maladie et l'association Moderniser sans exclure sur les problématiques d'exclusion, d'accès aux droits et d'accès aux soins, le centre Médico-Psychologique Belle de Mai et l'ASV Santé mentale sur

les souffrances psychiques liées au vécu du cumul de situations de précarité. Ces espaces participatifs ont été nourris par un travail approfondi des habitants et des acteurs du territoire autour du conseil du conseil de citoyens (16 réunions entre avril 2009 et décembre 2010 avec une fourchette de 5 à 10 participants, puis 10 réunions jusqu'à juin 2012) et de 12 ateliers collectifs d'habitants réalisés en 2010 avec 98 participants au total. Ces 12 ateliers collectifs, nommés *« ateliers citoyens »,* ont été réalisés dans le Centre Social Belle de Mai pour faciliter la problématisation des thèmes prioritaires, développer les connaissances des habitants participant sur les thématiques liées à la santé des enfants, mais également coproduire des projets pouvant permettre une amélioration des conditions d'existence favorables à la santé dans les quartiers de Saint-Mauront et Belle de Mai en s'appuyant sur les premières propositions issues des assemblées plénières. L'ensemble de ces temps d'analyse collective ont permis d'aboutir à un réel diagnostic communautaire sur les constats, propositions, et moyens d'agir autour de plusieurs problématiques particulièrement prégnantes pour les habitants (gratuité pour l'accès à la cantine scolaire et les relations école-familles notamment), et de renforcer la mise en lien des différents interlocuteurs. Le bilan des thématiques travaillées au sein des différents espaces met largement en avant les déterminants liés à l'environnement physique, réglementaire et social, davantage que des thématiques de santé, comme le montre la figure 8 ci-dessous.

Figure 8. Bilan des thématiques travaillées dans la démarche communautaire



Ce diagnostic communautaire a permis la mobilisation de nouvelles personnes ressources et de nouveaux partenariats pour répondre aux problématiques soulevées par les acteurs du territoire, ainsi que la mobilisation et la mise en lien des professionnels des deux quartiers. Cela a concerné par exemple, le Réseau d'Ecoute, d'Appui et d'Accompagnement des Parents (REAAP), l'association ARCADES au sujet du dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus, le service Santé Environnement de l'ARS sur le saturnisme infantile. L'ensemble des acteurs mobilisés ont pu développer une réflexion collective et partager des points de vue nouveaux et divergents à la croisée des problèmes prioritaires analysés, des propositions des habitants et des dispositifs existants. Fin, 2010, 95% des participants au réseau estimaient que tous les points de vue étaient considérés selon leur valeur sans égard à la position sociale des

personnes engagées. En revanche seulement 32% pensaient qu'ils travaillaient à construire ensemble de nouvelles actions, plutôt que de viser la seule connaissance et coordination des actions sur le territoire (cf. annexe 6, résultats du questionnaire qui évaluait la perception des échanges et de la dynamique partenariale). Par exemple, concernant le cadre de vie et le logement, la politique de la ville a été en interaction constante avec le réseau de santé communautaire en particulier sur le Programme de l'Agence Nationale de Rénovation Urbaine (ANRU), le Plan de Sauvegarde du Parc Bellevue, l'Opération de Rénovation de l'Habitat Insalubre (RHI), et l'Opération d'Amélioration de l'Habitat Dégradé (OAHD), programmes qui laissaient cependant peu de place à des initiatives ascendantes. L'équipe d'animation du réseau a organisé un premier espace d'échange spécifique sur le lien avec les écoles avec la coordinatrice du Réseau d'Education Prioritaire, et l'équipe du Programme de Réussite Educative et du Contrat Educatif Local. La caisse primaire d'Assurance Maladie à l'échelle locale a pu prendre conscience des barrières à l'accès à la CMUC et à l'AME sur les deux quartiers et développer plusieurs modalités pour supprimer ces difficultés d'accès aux droits de santé, notamment par la formation d'agents d'accueil. La participation régulière aux réunions du réseau de membres du conseil de citoyens (trois en moyenne, soit 14% des participants au réseau) a concerné en particulier les problématiques des cantines scolaires ainsi que les relations entre les familles et les écoles autour desquelles de vraies avancées ont pu se matérialiser sur les années suivantes. Fin 2009 et début 2010, des premiers groupes de travail ponctuels ont pu voir le jour et sont venus formaliser et concrétiser les réflexions engagées dans le réseau. Un groupe actif sur la question de l'information des habitants du quartier s'est réuni de manière régulière sur l'année 2009, et a notamment finalisé une plaquette sur les différentes actions mises en place autour de l'école dans le cadre du

programme *« La santé à Saint-Mauront Belle-de-Mai : on s'y met tous ! »* qui a été transmise aux parents via les carnets de liaison des enfants à l'école. Les membres de ce groupe de travail ont aussi mis en place une liste de structures qui proposaient des cours d'alphabétisation. Ils ont tenu des stands d'information sur les fêtes de quartier en avril et mai 2009. Le bilan 2009-2010 des activités de la démarche de santé communautaire et ses orientations stratégiques a été réalisé par l'équipe d'évaluation du projet, il est présenté en intégralité à l'annexe 7. Devant la multiplicité des espaces participatifs et de travail, et la somme des tâches engagées, des *« actualités du réseau »* de santé communautaire ont été diffusées régulièrement par mail, et un site internet du projet *« La santé à Saint-Mauront Belle-de-Mai : on s'y met tous ! »* a été créé. Un budget de 3000€ fut alloué en cours de projet par l'ARS pour accompagner ce travail de mise en réseau et de communication, à destination du réseau de santé communautaire et du conseil de citoyens. Les premiers groupes de travail du réseau et l'action autour des cantines scolaires portée par le conseil de citoyens ont servi de catalyseurs à la dynamique communautaire.

Illustration de l'émergence de la dynamique communautaire : des habitants mobilisés pour un accès simplifié à la cantine

A l'issue de la première réunion du réseau de santé communautaire en janvier 2009, une commission spécifique *« santé nutritionnelle et cantines scolaires »* s'est réunie. L'implication de différents acteurs sur cette commission a été facilitée par la mise en place préalable des assemblées plénières qui ont permis d'une part de diagnostiquer collectivement les principales problématiques du quartier, et d'autre part de permettre aux différents acteurs institutionnels, associatifs et des habitants de se rencontrer et de partager leurs points de vue.

Concernant les cantines scolaires, les habitants du conseil de citoyens ont exploré ces problématiques dans les écoles et ont notamment identifié des dates de paiement variables et inadaptées ainsi que des procédures d'accès à la cantine lourdes (absence d'interlocuteurs directs, lieu d'inscription dans un autre arrondissement). Trois réunions du réseau de santé communautaire ont ensuite abordé ces problématiques en associant le conseil de citoyens (sept habitants actifs). Dans ce cadre, la mobilisation et la participation de personnes ressources (représentant l'Education nationale, la Direction générale de la petite enfance et de la vie scolaire et le Service de Santé Publique de la Ville de Marseille), et le retour d'expérience d'un travailleur social sur l'accès aux populations Roms aux cantines scolaires ont permis d'aboutir à un engagement collectif sur sept propositions visant à favoriser l'accès à la cantine scolaire. Ces propositions ont été élaborées par le conseil de citoyens puis formalisées début 2010 lors d'une réunion du réseau de santé communautaire. Suite à cette coopération entre professionnels, institutionnels et habitants, coordonnée par l'Université du Citoyen qui animait l'ensemble des instances de la démarche communautaire, une nouvelle procédure d'encaissement des frais de cantine en début de mois s'est ainsi mise en place dès 2011, et les modalités d'inscription à la cantine ont été simplifiées en privilégiant les lieux de proximité des mairies. Les modifications obtenues pour un accès simplifié à la cantine scolaire ont été catégorisées à partir de l'*« outil de catégorisation des résultats de projets de promotion de la santé et de prévention »* (Spencer et al., 2007) et sont présentées dans la figure 9 ci-après. En revanche d'autres propositions n'ont pu aboutir comme l'amélioration de l'encadrement des enfants pendant la pause méridienne (formation du personnel, mise en place de nouvelles animations) car cela dépassait dans un premier temps les capacités d'action des acteurs mobilisés et nécessitait d'interagir avec les représentants politiques locaux.

Figure 9. Catégorisation des modifications obtenues pour un accès simplifié à la cantine scolaire

Accès aux cantines scolaires

Activités de promotion de la santé

A1
Développement d'offre
Modifier le fonctionnement des procédures d'encaissement de frais et d'inscription à la cantine.

A1
Développement d'offre
Améliorer la gestion des enfants pendant la pause méridienne.

A2
Collaborations entre organisations

A3
Mobilisation sociale
Mobilisation de personnes ressources sur les cantines scolaires et mobilisation d'habitants et de parents d'élèves.

A4
Développement de compétences personnelles

Facteurs influençant les déterminants de santé
Eléments de résultats

B1 Offres en matière de promotion de la santé

B1-2 [Meilleure accessibilité de l'offre d'inscription aux cantines scolaires] 2012-2013 Il n'y a plus de remontées de problème de la part des habitants ou des professionnels du territoire impliqués sur les modalités d'inscription à la cantine.

B1-1 [Mauvaise connaissance de l'offre sur la gestion des enfants pendant la pause méridienne] La diffusion de l'offre concernant les possibilités d'animation pendant le temps cantine est à améliorer.

B1-5 [Pas de possibilité d'amélioration des compétences des professionnels] D'autres formations que la gestion des enfants sont prioritaires.

B2 Stratégies de promotion de la santé dans la politique et les institutions

B2-1 [Engagement de personnalités clés au niveau institutionnel] 2009-2010
La direction générale de la petite enfance de la ville de Marseille (DGEPE) s'est engagée publiquement à améliorer l'information et le fonctionnement des cantines.

B2-4 [Echanges et coopération efficaces] 2009-2013 Les responsables de la DGEPE expriment et échangent ouvertement avec les professionnels et les habitants sur le fonctionnement, les problématiques et les possibilités d'agir sur les cantines scolaires.

B2-3 [Modifications organisationnelles de la part du prestataire] 2011-2012 l'encaissement des frais de cantine se fait dorénavant en début de mois, un calendrier sur les dates d'inscriptions et de paiement est envoyé aux parents.

B2-3 [Modification organisationnelle de la part de l'institution] 2012-2013
Les modalités d'inscription à la cantine ont été simplifiées : les lieux de proximité sont dorénavant privilégiés (bureau de proximité des mairies ou directement à la cantine).

B3 Potentiel social et engagement favorable à la santé

B3-2 [Mobilisation de nouveaux habitants non actifs] 2009-2010
Le conseil de citoyens a proposé 7 propositions d'amélioration affinées et valorisés par les professionnels sur le réseau de santé communautaire.

B3-2 [Mobilisation de nouveaux habitants non actifs] 2012-2013 Participation des parents d'élèves de l'école Saint Charles sur les questions liées aux cantines scolaires et à l'alimentation, repas pris à la cantine de l'école avec les acteurs clés.

B4 Compétences individuelles en matière de santé

Effets sur les déterminants de santé
Résultats attendus à court, moyen, ou long terme

C1 Environnement matériel favorable à la santé

A plus long terme

C1-3 Installations et produits favorables à la santé.
De meilleures conditions d'encadrement des enfants pendant le temps cantine (1 encadrant pour 30 élèves en primaire, 1 pour 15 en maternelle, contre le double actuellement), des animations régulières et mieux réparties entre écoles, un personnel mieux formé à la gestion des groupes d'enfants, et davantage de place laissée aux parents pendant ce temps de la cantine permettent un environnement de vie plus équilibré et détendu aux enfants.

C2 Environnement social favorable à la santé

A Court-Moyen terme

C2-2 Climat social
La dynamique de co-construction et la mobilisation institutionnelle et d'habitants permettent d'établir des relations de travail de confiance qui aboutissent à des changements réels.

C2-3 Accès aux ressources sociales générales
L'accès à la cantine scolaire est simplifié au niveau des procédures d'inscription et de paiement. Modalités étendues aux autres quartiers de la ville de Marseille.

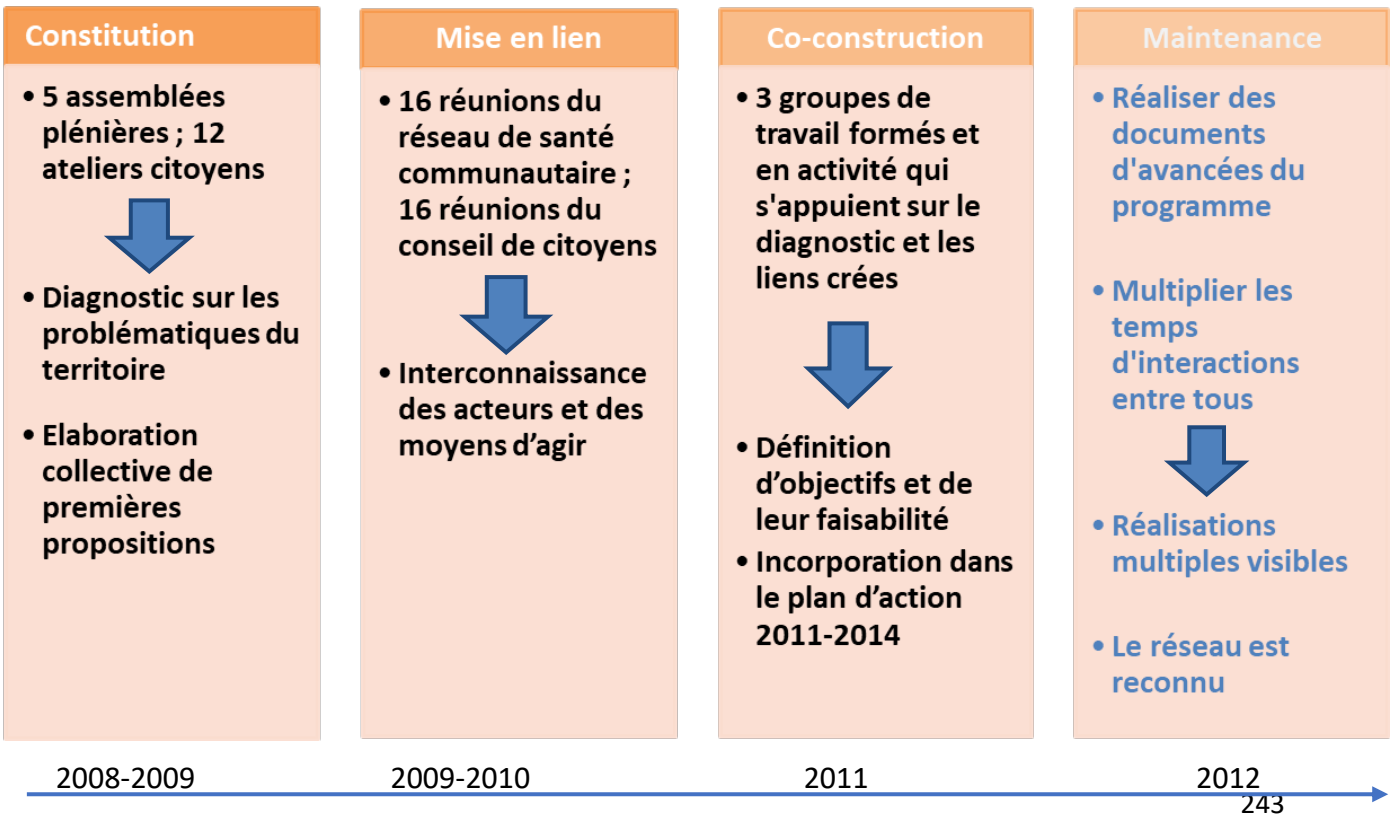
C3 Ressources personnelles et modèles comportementaux favorables à la santé

La mise en action communautaire et partenariale par la mise en place de groupes de travail

Fin 2010, les membres du réseau de santé communautaire ont réalisé un bilan de la dynamique collective des deux premières années, puis ils ont identifié les objectifs de travail pour l'année 2011 et les actions à mettre en œuvre. Lors de cette rencontre, il a été proposé de modifier le fonctionnement du réseau pour prioriser le travail sur les principales préoccupations des habitants après avoir privilégié, sur les années 2009 et 2010, l'interconnaissance mutuelle des différents acteurs et la connaissance de nombreux dispositifs dans une logique ascendante avec les habitants impliqués. Le nombre de réunions du réseau a été diminué en 2011 pour s'engager sur des groupes de travail plus restreints autour de trois thématiques, fort de l'expérience des premières dynamiques de travail en petits groupes qui ont émergé en 2009-2010. Ces trois thématiques prioritaires étaient : l'accès aux droits, à la prévention et aux soins, les relations entre les familles et les écoles, le logement et le cadre de vie. Chaque groupe travaillait collectivement à la mise en place de solutions, d'activités et d'actions qui faisaient suite à l'analyse des problématiques ciblées et des propositions travaillées dans les différents espaces participatifs depuis 2008 dont une analyse qualitative a été réalisée par l'équipe d'évaluation (cf. annexe 8). Cette analyse constituait la synthèse du diagnostic communautaire réalisé sur les années 2008-2010 en catégorisant plusieurs éléments : les constats exprimés, les freins à contourner, les études ou outils complémentaires existant, les propositions exprimées, les actions existantes et les structures ressources partenaires sur les deux quartiers et le territoire marseillais. Ces éléments diagnostics ont servi de point de départ, en complément des dynamiques d'action partenariales et communautaires déjà en œuvre, pour affirmer les objectifs d'action qui ont été construits dans les groupes de travail. Ces objectifs ont été inclus dans un nouveau plan

d'action du programme *« La santé à Saint- Mauront Belle-de-Mai on s'y met tous »* sur la période 2011-2014, légitimant la dynamique communautaire sur le territoire, et reconnaissant les multiples réalisations au sein du réseau de santé communautaire et par le conseil de citoyens (cf. figure 10). La démarche communautaire est parvenue à s'implanter et à promouvoir une dynamique participative et co-constructive sur la période expérimentale du programme de septembre 2008 à juin 2011. A la demande du conseil de citoyens et dans le souci de rester en lien avec les habitants des deux quartiers, une nouvelle assemblée plénière a été réalisée le 29 mars 2011. Elle a permis de restituer les avancées et les résultats du programme aux habitants ayant participé aux assemblées plénières depuis 2008, ainsi qu'à de nouveaux habitants s'intégrant dans la démarche, et de travailler avec eux certains éléments contenus dans le nouveau plan d'action.

Figure 10. Les principales étapes identifiées dans la démarche de santé communautaire



Finalité locale : Vers une plus grande maîtrise sur ce qui est perçu comme important

Le nouveau plan d'action 2011-2014 mettait d'emblée en avant la démarche communautaire :

« La mise en réseau des acteurs et le diagnostic communautaire ont ainsi mis en exergue des besoins et des demandes qui relèvent davantage des déterminants sociaux de la santé que de thématiques sanitaires à proprement dites.

Les problématiques d'accès aux droits, du cadre de vie et du logement, et des relations entre l'école et les familles ont ainsi été exprimées et analysées tout au long du programme. Ce travail s'est concrétisé aujourd'hui par la mise en place de groupes de travail sur ces trois axes et a abouti à des objectifs figurant dans ce plan d'actions. »

Coordonné par l'ASV Marseille Centre, avec l'appui privilégié de l'Université du Citoyen en charge de l'animation de la démarche communautaire, et de l'équipe d'évaluation du programme *« La santé à Saint-Mauront Belle-de-Mai on s'y met tous »,* le plan d'action s'est attaché à poursuivre plusieurs actions initiales du programme et a été validé lors du comité de pilotage du programme du 8 juillet 2011 en présence de l'ensemble des institutions engagées et d'élus locaux. Valorisant la dimension globale, participative et intersectorielle, la construction du plan d'action durant le premier trimestre 2011 a permis de dégager une vision commune du changement souhaité sur le territoire :

« Ce nouveau projet, d'une durée de 3 ans, vise à poursuivre la démarche engagée pour réduire les inégalités de santé des enfants et des familles en agissant sur plusieurs déterminants de santé dans les trois lieux de vie de l'enfant : la famille, l'école, le quartier. Ceci autour d'une démarche de santé communautaire permettant de promouvoir ensemble des priorités d'actions, en toute concertation intersectorielle et multi-réseaux.

C'est en ce sens que ce programme sera mis en œuvre en lien et en interaction étroite avec les différentes interventions publiques menées dans le quartier, envers lesquelles il jouera pleinement son rôle de plaidoyer. Et ce, afin d'agir simultanément de façon globale et intégrée, sur l'ensemble des grandes faiblesses du quartier.

L'ensemble des partenaires du projet s'accorde sur une vision commune de changement du territoire : Faire de Saint-Mauront Belle de Mai des quartiers agréables à vivre, propices à la vie familiale, aux échanges multiculturels, et habités par une communauté active et solidaire, qui contribue à l'essor de Marseille. »

Quatre des neuf objectifs concernaient les priorités engagées dans la démarche de santé communautaire (les autres objectifs prolongeaient pour la plupart les actions de santé publique définies dans la planification initiale du programme) :

- Appuyer la concertation et la mobilisation des habitants, acteurs et institutions des quartiers de Saint-Mauront et Belle de Mai autour de la santé des enfants et des familles.
- Renforcer les actions de prévention des maladies liées à un habitat ancien et souvent dégradé.
- Favoriser l'accès aux droits et aux soins des familles et de leurs enfants.
- Renforcer le lien entre les familles et les écoles du quartier pour permettre aux parents d'être plus à même d'accompagner la scolarité de leurs enfants.

4.2. La pérennisation de la démarche communautaire sur les deux quartiers

Fort de ce plan d'action co-construit même si tous les acteurs du programme initial n'ont pu participer à la définition des différents objectifs, la démarche communautaire implantée sur les quartiers Saint-Mauront et Belle de Mai a pu entrer dans une phase de maintenance où les groupes de travail, le conseil de citoyens, et le réseau de santé communautaire ont poursuivi leurs efforts. Deux nouvelles assemblées plénières ont été réalisées en 2012 et 2013 sur les thèmes de *« La santé des femmes »* et de *« La santé des enfants ».* Le diagnostic communautaire a été complété au fil de l'eau par les éléments recueillis via les groupes de travail thématiques, les travaux du conseil de citoyens, et les assemblées plénières réalisées en 2011, 2012, 2013 (cf. annexe 8). Les membres du conseil de citoyens veillaient à participer à chacun des groupes de travail.

Sur le groupe cherchant à améliorer l'accès aux droits, à la prévention et aux soins, deux objets de travail ont été investigués. Le premier concernait l'identification et la mise en œuvre de plusieurs stratégies pour faciliter l'accès aux droits sociaux de santé sur le territoire (couverture de base, CMUC, AME, mutuelles) (cf. figure 11). L'unité locale de l'assurance maladie a travaillé avec les associations de quartiers pour identifier des référents CMUC et AME au sein des associations. De nouvelles procédures de traitement des demandes ont été mises en place. Ces modifications de l'offre (non poursuivies par la suite du fait de décisions institutionnelles au niveau départemental de la CPAM) ont permis d'engager un traitement plus rapide des dossiers et l'amélioration des compétences des référents des associations, et ainsi de pouvoir diminuer le nombre de personnes non couvertes par une complémentaire. En 2009, 28,5% des personnes sur les deux quartiers n'étaient pas couvertes par une mutuelle

(8% en France). La mutualité française a également œuvré à développer une offre de mutuelles adaptée aux situations des publics du territoire, sans que cela aboutisse.

Figure 11. Catégorisation des modifications obtenues pour améliorer l'accès aux droits et aux soins

Accès aux droits et aux soins

Activités de promotion de la santé

A1
Développement d'offre
Réorganiser les procédures de travail et l'accueil pour l'ouverture ou le renouvellement des droits.

A1
Développement d'offre
Informer et sensibiliser les publics et les associations qui accueillent et suivent les familles.

A1
Développement d'offre
Lever les freins à l'accès à l'ACS.

A2
Collaborations entre organisations
Formaliser un partenariat privilégié avec l'UGE Kléber.

A3
Mobilisation sociale

A4
Développement de compétences personnelles

Facteurs influençant les déterminants de santé
Eléments de résultats

B1 Offres en matière de promotion de la santé

B1-4 [Pas de pérennisation de l'offre] 2012 Les procédures développées pour le traitement des de dossiers CMU/CMUC n'ont pas été poursuivies.

B2 Stratégies de promotion de la santé dans la politique et les institutions

B2-1 [Engagement de personnalités clés au niveau institutionnel] 2011 Engagement des responsables l'UGE Kléber dans un travail partenarial avec les associations du territoire.

B2-4 [Echanges et coopération efficace] 2011 Les responsables de l'UGE et les associations du groupe de travaillent et échangent indirectement puis directement pour formaliser les procédures de travail, des référents CMU-CMUC et AME sont identifiés au sein des associations.

B2-4 [Echanges et coopération efficace] 2011 Le cadre, la fréquence et le contenu des activités pour informer et sensibiliser les publics et les associations ont en partie été définis.

B2-4 [Echanges et coopération efficace] 2011 La mutualité française est prête à s'engager dans le développement d'offres de mutuelle adaptée aux situations des publics du territoire.

B2-3 [Modification organisationnelle de la part de l'institution] 2011 De nouvelles procédures de traitement de dossiers CMU/CMUC sont opérationnelles avec une partie des associations présentes au groupe de travail.

B2-1 [Engagement ferme de décideurs à l'encontre de ces modalités de travail] En restructuration dans ces modalités de travail, la CPAM n'a pas eu l'aval départemental pour développer ce travail partenarial.

B2-3 [Pas de modifications organisationnelles fonctionnelles à ce jour] Les ressources en personnel n'ont pas été à ce jour utilisées pour développer ces nouvelles modalités de travail.

B2-3 [Pas de modifications organisationnelles fonctionnelles poursuivies] Après les premières investigations, le groupe n'a pas été favorable, pour des raisons éthiques, à développer la proposition de construction de contrats de mutuelle *« types »* adaptés aux habitants de Saint-Mauront et Belle de Mai.

B3 Potentiel social et engagement favorable à la santé

B4 Compétences individuelles en matière de santé

Effets sur les déterminants de santé
Résultats attendus à court, moyen, ou long terme

C1 Environnement matériel favorable à la santé

A plus long terme

C1-3 Installations de produits favorables à la santé
La file d'attente à l'UGE Kléber est réduite grâce à des modalités d'accueil et de réception de dossiers adaptés à certaines situations plus complexes ou prioritaires.

C2 Environnement social favorable à la santé

A Court-Moyen terme

C2-3 Accès aux ressources sociales générales

Le traitement plus rapide des dossiers et l'amélioration des compétences professionnels des référents des associations permettent de diminuer le nombre de personnes non couvertes par une complémentaire. L'accès à une complémentaire santé se rapproche de celui de la population générale : en 2009, 28,5% (chiffre identique pour l'ensemble du troisième arrondissement) des assurés au régime général des quartiers Saint-Mauront et Belle de Mai n'étaient pas couverts par une mutuelle (8% en France).

C3 Ressources personnelles et modèles comportementaux favorables à la santé

Un deuxième objet de travail s'est concentré sur la santé des femmes et l'accès aux dépistages en s'appuyant sur les dynamiques et les ressources communautaires et professionnelles déjà en œuvre sur les deux quartiers (cf. figure 12). Plusieurs groupes de parole, théâtres forums, ateliers socio-esthétiques ont permis aux femmes d'échanger sur leurs peurs et leurs ressources. Elles ont développé leurs compétences communicatives, leur confiance en elles, et elles ont pu grâce au lien avec les professionnels accéder plus aisément et sans crainte aux dépistages (seulement de 10% sur le territoire en 2010 contre 52% en France). Des femmes ont développé de nouveaux rôles : relais auprès d'autres réseaux, « *relais d'opinion* », personnes ressources auprès de leur réseau de connaissances et de leur entourage. L'enrôlement de nombreux acteurs autour de cette thématique a contribué à renforcer la sensibilisation sur le territoire et à inscrire une dynamique partenariale sur la durée, d'autant plus avec l'assemblée plénière qui s'est déroulée début 2012 autour de la santé des femmes.

Afin d'éviter le risque de transformer l'initiative en une action de santé publique descendante, la réflexion autour des retours d'expérience du groupe a engagé la décision d'élargir ces dynamiques entre femmes autour de problématiques plus globales qui aborderaient les relations de genre, les relations de couple, la contraception, la protection contre les MST/IST, et plus largement de réorienter l'attention des professionnels vers les souffrances psychosociales des femmes et des sujets qui les concernent au quotidien.

Figure 12. Catégorisation des modifications obtenues pour améliorer l'accès à la prévention

Prévention des cancers

Activités de promotion de la santé

A1
Développement d'offre
Recenser les outils et les moyens de communication disponibles pour diffuser l'information sur le dépistage des deux cancers sur le territoire.

A1
Développement d'offre
Mettre en place des relais pour favoriser le dépistage et le suivi gynécologique des femmes du quartier.

A2
Collaborations entre organisations

A3
Mobilisation sociale
Mettre en place des espaces d'expression et d'échange entre femmes et avec les professionnels de santé autour de leur santé, et sur le dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus en particulier.

A4
Développement de compétences personnelles

Facteurs influençant les déterminants de santé
Eléments de résultats

B1 Offres en matière de promotion de la santé

B1-3 [Utilisation des espaces d'échanges destinés aux femmes] 2012
79 femmes déjà constitués en groupes au sein d'associations ont participé à plusieurs séances collectives d'échanges (groupe de parole et de sensibilisation) ou de participation (théâtre forum, ateliers socio-esthétiques).

B1-5 [Amélioration de compétences professionnelles] 2012 Les professionnels participant aux groupes de parole et aux ateliers ont pu identifier les freins au dépistage chez ces femmes (difficulté de compréhension de l'invitation, peur des résultats par exemple) et les leviers (femmes relais, informations délivrées par les médecins, s'engager pour ses proches par exemple).

B2 Stratégies de promotion de la santé dans la politique et les institutions

B2-4 [Echanges et coopération efficaces] 2011-2012 Le projet a permis la rencontre et le développement d'un travail en partenariat entre opérateurs qualifiés dans le champ de la santé : IPC (Hôpital), l'association Hygia, le Planning familial et le Codeps 13, et des acteurs de terrain des champs du social : centres sociaux Kléber et Belle de Mai, La fraternité Belle de Mai, association Jeunes Enfants du Monde notamment, avec l'appui de la CPCAM et de l'ASV. Les participants du groupe de travail ont partagé leurs outils de communication puis les ont utilisés pour diffuser les messages d'information et de sensibilisation autour du dépistage des cancers.

B3 Potentiel social et engagement favorable à la santé

B3-2 [Engagement des participantes en tant que relais] 2012 Engagement de femmes du théâtre forum en tant que relais auprès d'autres réseaux, positionnement de femmes dans les groupes de parole en tant que *« relais d'opinion »* et en tant que personnes ressources auprès de leur réseau de connaissances et de leur entourage.

B4 Compétences individuelles en matière de santé

B4-3 [Capacité à exprimer et analyser les freins et les ressources pour accéder aux dépistages, développement d'une confiance en soi et d'une attitude favorable à prendre soin de soi] 2012 Capacité des femmes qui ont participé aux groupes de parole et au théâtre forum à exprimer et à analyser les freins et les leviers au dépistage, à développer une confiance en soi et une attitude favorable à prendre soin de soi.

B4-4 [Capacité à agir, à utiliser les connaissances] 2012 Une partie des femmes ont réalisé un dépistage du cancer du sein à l'IPC, d'autres ont pris RDV avec un gynécologue au MFPF 13, et enfin quelques femmes ont pu être accompagnées vers l'ouverture ou le renouvellement de droits.

Effets sur les déterminants de santé
Résultats attendus à court, moyen, ou long terme

C1 Environnement matériel favorable à la santé

C2 Environnement social favorable à la santé

A Court-Moyen terme

C2-1 Soutien social, réseaux sociaux, intégration sociale

Les espaces d'échanges et d'expression entre femmes et avec des acteurs des champs sanitaire et social, et les relais des femmes elles-mêmes et des professionnels auprès des autres habitants, facilitent le partage de difficultés et de ressources pour accéder à l'offre de prévention.

A plus long terme

C2-3 Accès aux ressources sociales générales
Les femmes du 3ème arrondissement participent davantage aux dépistages des cancers du sein et du col de l'utérus et bénéficient d'un suivi gynécologique plus régulier. Le taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein se rapproche de celui observé en France (52% contre 10% en 2010 pour le 3ème arrondissement).

C3 Ressources personnelles et modèles comportementaux favorables à la santé

A Court-Moyen terme

C3-1 Ressources personnelles favorables à la santé

Les femmes qui participent aux différents espaces d'échange et d'expression se sentent davantage capables d'accéder à l'offre de prévention et ont une attitude plus favorable envers elle-même.

Sur le groupe concernant les relations entre les familles et les écoles (cf. figure 13), en engageant une réflexion sur la base des éléments du diagnostic communautaire, une perception commune a été qu'une grande partie des parents ne s'impliquaient pas dans la scolarité de leurs enfants ni dans la vie de l'école. Les objectifs dessinés par le groupe étaient de pouvoir redonner la parole aux parents dans les écoles, d'associer les parents d'élèves délégués, de créer une association de parents d'élèves. Plusieurs outils de communication ou actions ont été développés pour interagir avec les parents : boîte à idées, rencontres devant les écoles, journée de formation de parents d'élèves délégués. De nombreuses personnes ressources, de la ville de Marseille notamment, ont été identifiées et ont participé aux échanges sur plusieurs problématiques (lien avec le personnel scolaire et de cantine, accès à l'hygiène) et ont pris des engagements. Plusieurs parents d'élèves d'une école ont pu investir le groupe, engager une réflexion critique collective, et décider de nouvelles actions à mettre en œuvre. Cette dynamique participative et collaborative les a incités à se constituer en association de parents d'élèves en obtenant les statuts nécessaires. Ils ont pu investir de nouvelles problématiques pour lesquelles ils étaient entendus par l'école (enseignants, direction d'école, infirmière) et les institutions : équilibre alimentaire et cantine, sécurité autour des établissements, améliorer la communication avec les parents, développer les partenariats avec les acteurs du quartier.

Figure 13. Catégorisation des modifications obtenues sur les relations entre les familles et les écoles

Les relations entre les familles et les écoles

Activités de promotion de la santé

A1
Développement d'offre
Sensibiliser et former les parents d'élèves au rôle de parents d'élèves délégués.

A2
Collaborations entre organisations

A3
Mobilisation sociale
Mobiliser les parents d'élèves et renforcer le lien entre les équipes éducatives et les parents d'élèves.

A4
Développement de compétences personnelles
Renforcer les compétences et les connaissances des parents d'élèves sur leur rôle dans la vie de l'école.

Facteurs influençant les déterminants de santé
Eléments de résultats

B1 Offres en matière de promotion de la santé

B1-3 [Utilisation de l'offre de formation et de sensibilisation par les parents d'élèves] 15 parents d'élèves de l'arrondissement ont été sensibilisés, 23 ont été formés (70% sont de l'école Saint Charles).

B2 Stratégies de promotion de la santé dans la politique et les institutions

B2-4 [Echanges et coopération efficaces] Les différentes personnes ressources identifiées échangent ouvertement avec les professionnels et les parents d'élèves sur les problématiques et prennent des engagements.

B3 Potentiel social et engagement favorable à la santé

B3-1 [Groupe de parents d'élèves actifs] 2012-2013 Les parents d'élèves de l'école Saint Charles ont investi les espaces de participation pour proposer et décider des actions à mettre en œuvre.

B3-2 [Mobilisation et engagement de nouveaux parents d'élèves « non actifs » initialement pour deux écoles] 2011-2013 Les parents d'élèves de l'école Saint Charles se réunissent tous les mois pour élaborer et planifier les actions à mettre en œuvre. A l'école maternelle Belle de Mai, engagement de 4 nouveaux parents pour représenter les parents d'élèves (soit le double), ce qui portait à 8 le nombre de parents inscrits sur les 12 postes qui doivent être pourvus dans cette école.

B4 Compétences individuelles en matière de santé

B4-1 [Acquisition de connaissances concrètes] 2011-2013 Les parents d'élèves formés comprennent mieux quel est leur rôle et comment ils peuvent agir dans l'école.

B4-3 [Capacité à analyser collectivement les situations et à prendre des décisions] 2012 Les parents d'élèves de l'école Saint-Charles ont été capables de construire une réflexion collective, de cibler les problématiques et de décider de se constituer en association de parents d'élèves.

B4-4 [Capacité à agir, à utiliser les connaissances] 2012-2013 Les parents d'élèves de l'école Saint Charles formés se sont constitués en association, ont définis leurs objectifs et leurs priorités d'action.

Effets sur les déterminants de santé
Résultats attendus à court, moyen, ou long terme

C1 Environnement matériel favorable à la santé

C2 Environnement social favorable à la santé

A Court-Moyen terme

C2-2 Climat social
- Les conditions d'échanges entre les parents d'élèves, les parents délégués, l'école et les dispositifs et institutions concernées sont équitables et constructives.
- Les problématiques identifiées par les parents d'élèves délégués sont davantage prises en compte et échangées.

A plus long terme

C2-2 Climat social
- Les parents ont davantage de place dans les écoles entrainant de meilleures collaborations avec les équipes éducatives des écoles pour favoriser l'épanouissement et le bien-être des enfants.

C3 Ressources personnelles et modèles comportementaux favorables à la santé

A Court-Moyen terme

C3-1 Amélioration des comportements favorables à la santé
- Les parents d'élèves sont capables de travailler ensemble et de s'engager collectivement.
- Les parents d'élèves impliqués sont capables d'établir des liens avec les acteurs de l'éducation (enseignants, direction d'école, infirmière) et de communiquer avec les représentants institutionnels (Service de la vie scolaire et de la restauration scolaire).

A plus long terme

C3-1 Ressources personnelles favorables à la santé
Les parents ont développé les capacités pour s'impliquer dans les activités de parents délégués et dans le fonctionnement de l'école. Ils ont une attitude plus favorable envers l'école et une meilleure connaissance ce celle-ci.

Enfin, la thématique du logement et du cadre de vie a cristallisé les tensions et les frustrations les plus fortes tout au long de la démarche communautaire. Dès les premières assemblées plénières la thématique a été relevée comme le déterminant qui préoccupait le plus les habitants pour leur bien-être et celui de leurs enfants. Au niveau de la politique de la ville, il était déjà dit d'être vigilant sur les suites à donner aux sollicitations que les habitants n'allaient pas manquer d'avoir en termes d'habitat, et sur les marges de manœuvre des institutions en la matière. L'absence de prise de conscience possible des élus locaux avec les habitants sur cette problématique suite à l'interpellation d'une habitante dès le premier comité de pilotage en mai 2009 a provoqué incompréhension et impuissance des acteurs du programme *« La santé à Saint-Mauront Belle-de-Mai : on s'y met tous ! »* et des citoyens mobilisés. Les différents programmes en cours sur le territoire pour améliorer la situation de l'habitat (ANRU, RHI, OAHD) procédaient à une logique descendante de l'action publique dans laquelle les habitants n'étaient pas ou peu associés, au mieux en les consultant par le biais d'une enquête par questionnaire. Leur rôle était limité à leur demander de diffuser l'information sur ces programmes de requalification urbaine tout en invoquant la participation[3]. Malgré la difficulté et l'impossibilité avouées de penser ces programmes descendants en termes d'action collective et d'interagir avec les décideurs locaux, les différentes instances participatives n'ont pas relâché leurs efforts pour émettre de nombreuses propositions visant

[3] Extrait du compte-rendu du comité de pilotage du 5 mai 2009 : *« Madame Boyer annonce la décision de l'Agence nationale de la rénovation urbaine de la réhabilitation du quartier St Mauront qui était en phase de concertation depuis cinq ans. Environ 15 millions d'euros dont 50 % en provenance de l'Etat seront investis par les pouvoirs publics. Les habitants n'ont pas encore été informés par les élus de cette opération qui prendra du temps, l'habitat étant très ancien et particulièrement dégradé. Dans le cadre de cette rénovation le cadre de vie sera amélioré avec la création de nouveaux espaces publics, la redéfinition des espaces de circulation entre les deux quartiers, ainsi qu'un espace de lecture sur le quartier St Mauront. Cette requalification urbaine se fera avec la participation les habitants. Elle répondra en partie aux attentes des habitants de St Mauront mais ne répondra pas à celles des habitants de la Belle de Mai. Madame Gaunet-Escarras demande que ces informations soient largement diffusées aux habitants. »*

à améliorer le cadre de vie et le logement : favoriser l'accession à des logements adaptés au nombre de personnes par famille, mettre en place une carte des logements insalubres du territoire et la diffuser auprès des services de la médecine scolaire et de la PMI, créer des lieux de loisirs et des terrains de jeux à la place de lieux abandonnés et développer les espaces verts (parc, jardin), travailler de manière transversale entre les associations, les professionnels du logement, les services de la ville de Marseille, et avec les habitants (cf. annexe 8). Dans le plan d'action 2011-2014, le contenu de l'objectif portant sur cette thématique a néanmoins été réduit à la formulation de propositions et à la diffusion d'informations sur les problématiques et les programmes existants. Le groupe de travail œuvrant à la problématique prégnante du logement et du cadre de vie a malgré tout continué à être actif jusqu'en 2013 et s'est appuyé sur l'expertise et l'ancrage local d'une association reconnue comme représentative des habitants (CLCV Marseille). Des collaborations ont été nouées ou consolidées avec les services de l'Hygiène et de la Sécurité des Bâtiments ainsi qu'avec l'Agence Régionale de Santé. En revanche, il n'a pas été possible de créer des coopérations avec des décideurs exerçant une influence sur certains milieux et institutions qui auraient permis de s'engager sur des partenariats avec les programmes de rénovation urbaine ou sur des activités d'amélioration de l'habitat dégradé. Plusieurs sensibilisations et formations ont eu lieu sur les risques d'exposition au plomb, les allergies respiratoires, l'asthme, l'insalubrité, la dératisation, les droits et devoirs des locataires facilitant un meilleur repérage des risques par les habitants et les professionnels sociaux et de santé, et contribuant à une diffusion aux acteurs du territoire et à la communauté large des deux quartiers (cf. figure 14). Ainsi, la question du logement et du cadre de vie n'avait pas de légitimité à être pensée en dehors du secteur de la santé et de la prévention. Pour autant, elle a continué à être discutée, parfois de manière conflictuelle, au

sein des réunions interinstitutionnelles et inter-organisationnelles du programme *« La santé à Saint-Mauront et Belle-de-Mai : on s'y met tous »* jusqu'à proposer de réaliser un plaidoyer partagé avec les habitants, sans que cette idée soit finalement vraiment engagée, réduisant le pouvoir des habitants à des actions d'information à la marge, et abandonnant la perspective de pouvoir mobiliser les personnes clés des institutions qui ont un pouvoir de décision sur ces problématiques. A partir du nouveau plan d'action 2011-2014, ces éléments de tension dans les espaces relationnels se sont réduits, le groupe portant sur le logement et le cadre de vie ayant intériorisé la fonction de diffusion des informations sur les nombreux programmes descendants de requalification urbaine. Tout au plus le plan d'action s'engagait à *« une réflexion pour concevoir un appui à la mise en place d'interventions légères de réfection des logements selon les problématiques repérées ».*

Figure 14. Catégorisation des modifications obtenues pour améliorer le logement et le cadre de vie

Logement et cadre de vie

Activités de promotion de la santé

A1
Développement d'offre
Renforcer l'identification des logements pouvant présenter des risques pour la santé (saturnisme, les allergies respiratoires, l'asthme).

A1
Développement d'offre
Diffuser les informations sur les problématiques et les programmes existants, liées au cadre de vie, auprès des institutions, des habitants et des acteurs locaux.

A2
Collaborations entre organisations
Développer la coordination et des stratégies de pratiques communes entre les acteurs institutionnels de la ville et les associations principales du quartier qui travaillent sur le logement.

A3
Mobilisation sociale

A4
Développement de compétences personnelles

Facteurs influençant les déterminants de santé
Eléments de résultats

B1 Offres en matière de promotion de la santé

B1-1 [Notoriété de l'offre sur les différents risques d'exposition au plomb]
2011-2012 Les acteurs sociaux et institutionnels du territoire connaissent les modalités de prévention et de diagnostic du saturnisme infantile et connaissent les acteurs clés du dépistage du saturnisme.

B1-5 [Amélioration des compétences professionnelles pour promouvoir la santé]
2011-2012 Les acteurs sociaux et institutionnels disposent des connaissances et des supports de communication pour informer et sensibiliser les publics et être vigilant à certaines situations à risque pour la santé des enfants et des familles liées au logement (saturnisme, les allergies respiratoires, l'asthme).

B2 Stratégies de promotion de la santé dans la politique et les institutions

B2-1 [Engagement ferme de décideurs et/ou de personnalités clés] Il n'y a pas de personnalité clé ou de décideurs exerçant une influence sur certains milieux et institutions qui permettent de s'engager sur des partenariats avec les programmes de rénovation urbaine ou sur des activités d'amélioration de l'habitat dégradé.

B2-4 [Echanges et coopération efficace] 2011-2012 Le travail des acteurs locaux, la CLCV notamment, avec les services de l'Hygiène et de la Sécurité des Bâtiments ainsi qu'avec l'Agence Régionale de Santé se sont accentués.

B3 Potentiel social et engagement favorable à la santé

B3-3 [Diffusion de la problématique de résorption de l'habitat insalubre et de la dératisation avec les habitants] 2011-2013 Les habitants sensibilisés et les membres du CIQ reconnaissent et maîtrisent davantage la problématique de l'insalubrité, de la dératisation, et des droits et devoirs des locataires, et sont capables de davantage en parler avec les habitants.

B4 Compétences individuelles en matière de santé

Effets sur les déterminants de santé
Résultats attendus à court, moyen, ou long terme

C1 Environnement matériel favorable à la santé

A plus long terme

C1-3 Installations de produits favorables à la santé
La situation du logement sur les deux quartiers est améliorée grâce à une meilleure coordination entre associations et institutions pour identifier et réduire le nombre de logements insalubres.

C2 Environnement social favorable à la santé

A Court-Moyen terme

C2-1 Soutien social, réseaux sociaux, intégration sociale
Les professionnels sensibilisent aux risques de santé liés au logement, diffusent et sensibilisent eux-mêmes d'autres acteurs du territoire et les habitants facilitent la demande d'aide.

C3 Ressources personnelles et modèles comportementaux favorables à la santé

A Court-Moyen terme

C3-1 Amélioration des comportements favorables à la santé
La prévention des problèmes de santé en rapport avec un logement insalubre (saturnisme infantile, allergies respiratoires, asthme et autres types d'intoxication) est améliorée grâce à un meilleur repérage des risques par les habitants et les professionnels sociaux et de santé.

4.3. Les principaux facteurs identifiés influençant la dynamique communautaire

Les facteurs influençant les déterminants de santé (catégorisés à l'aide de l'outil promotion santé suisse) les plus fréquents au sein des groupes de travail étaient la participation et l'engagement de nouveaux habitants (B3-2) et le développement d'échanges et de coopérations efficaces (B2-4). La collaboration intersectorielle, les échanges dans un rapport d'égal à égal, la mobilisation des personnes défavorisées dans des formes d'organisations communautaires autonomes (conseil de citoyens, association de parents d'élèves) ont grandement encouragé les multiples initiatives ascendantes et les échanges coopératifs pour exercer une influence sur les déterminants sociaux prioritaires. La mobilisation et l'action du conseil de citoyens sur les cantines scolaires, l'investissement des parents d'élèves de l'école Saint-Charles qui se sont constitués en association, et l'engagement des femmes en tant que personnes ressources pairs dans leur réseau de relations ont permis la poursuite des objectifs dans la dynamique collective et encouragé les efforts communautaires croissants à l'initiative d'habitants des deux quartiers. Le large travail partenarial sur le dépistage des cancers, la collaboration et les échanges avec les responsables de la Direction générale de la petite enfance et de la vie scolaire, la participation active de plusieurs professionnels ressources dans le groupe sur les relations entre les parents et les écoles (Directrices d'école, Référente famille du centre social, Coordinatrice REP, acteurs de la Médecine scolaire et de la ville de Marseille, chargée de prévention au CODES 13) et dans le groupe concernant le logement et le cadre de vie (CLCV, services de l'Hygiène et de la Sécurité des Bâtiments de la Ville, ARS PACA) ont également soutenu l'engagement communautaire.

En plus du développement communautaire, des collaborations et de la coopération, plusieurs autres facteurs ont également favorisé l'atteinte de résultats à court terme. Ils concernaient sur le plan organisationnel : l'engagement d'acteurs clés au niveau institutionnel (responsable de l'assurance maladie au niveau local, implication constante de la direction générale de la petite enfance de la ville de Marseille), des modifications organisationnelles effectives (nouvelles procédures de traitement de dossiers CMU/CMUC avec une partie des associations locales) ; sur le plan du développement d'initiatives en promotion de la santé : le développement d'espaces d'échanges collectifs entre femmes, la formation et la sensibilisation des professionnels locaux sur les situations à risque pour la santé des enfants et des familles liées au logement (saturnisme, allergies respiratoires, asthme) ; sur le plan du développement des compétences individuelles : la capacité des femmes à utiliser les nouvelles connaissances et leur nouvelle confiance pour accéder aux dépistages de cancers, l'acquisition de nouvelles compétences des parents formés au rôle de parents d'élèves.

A l'inverse, deux facteurs ont freiné ou stoppé l'avancement des groupes de travail et la dynamique communautaire : l'impossibilité de créer l'opportunité d'engager des décideurs clés sur l'accès aux droits et les problématiques de logement et de cadre de vie, et l'abandon de perspectives de modifications organisationnelles sur les questions des procédures coopératives pour faciliter l'accès aux droits de santé (refus du niveau départemental de la CPAM et moyens en personnel non développés) et à des contrats de mutuelle adaptés. Ces facteurs ont été particulièrement démobilisateurs de la dynamique communautaire et du travail en réseau initiés depuis quatre années sur ces problématiques prioritaires, sensibles et longuement travaillées par les différents acteurs et les habitants.

4.4. Difficultés et risques identifiés dans la pérennisation de la démarche communautaire

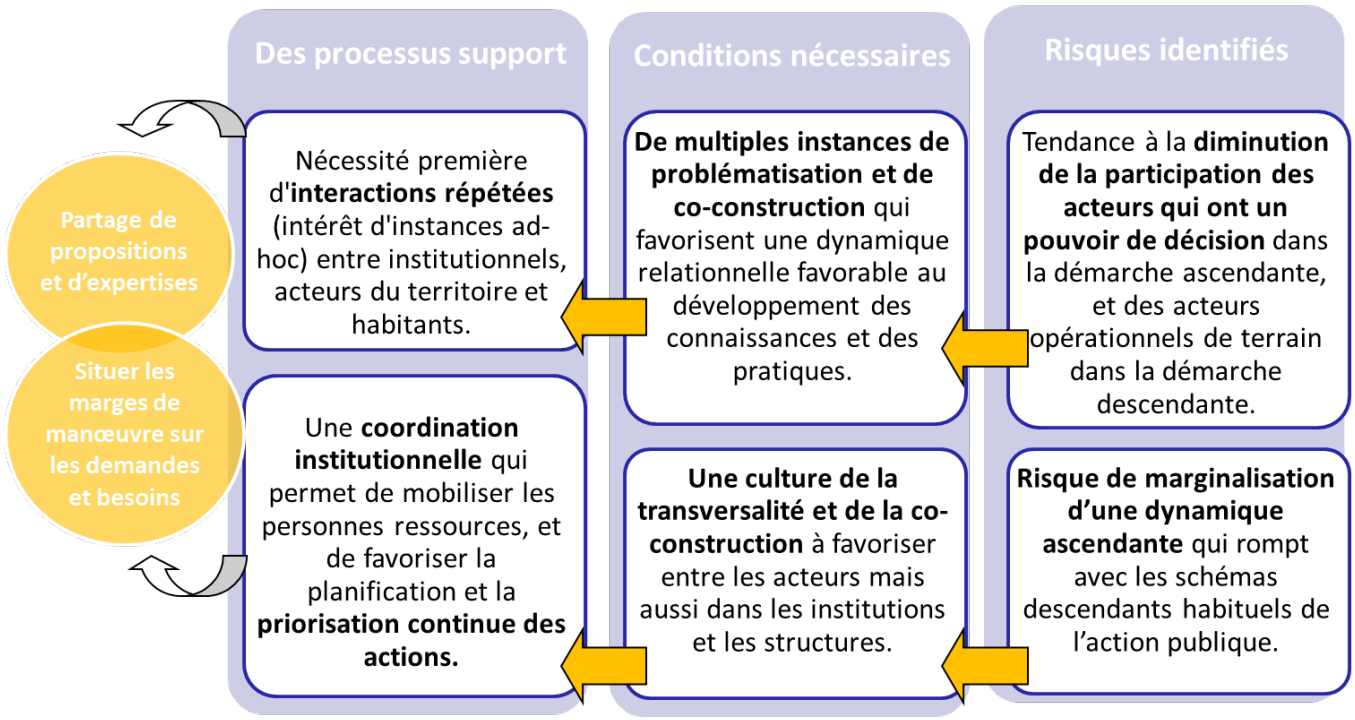
Plusieurs difficultés sont apparues dans la pérennisation de la démarche communautaire. Le plan d'action 2011-2014 mettait en avant une vision commune et partagée pour agir simultanément sur plusieurs déterminants de santé en direction des enfants et des familles du territoire, cette démarche ascendante continuait de ce fait à être articulée avec une partie des actions descendantes initiales toujours en œuvre (M'T dents, PRODAS, accès aux bilans de santé scolaire), ainsi que d'autres volets présents dans les plans locaux de santé publique des ASV comme la prévention des souffrances psychosociales. Cette articulation juxtaposait des logiques planificatrices d'action de santé publique auxquelles les membres du réseau de santé communautaire et du conseil de citoyens ne participaient pas, et une dynamique co-constructive des objets de travail dans la démarche communautaire qui bousculait le périmètre du champ d'action défini par le schéma régional de prévention de l'ARS, le Contrat Urbain de Cohésion Sociale, et la démarche locale des ASV. Les acteurs impliqués dans la démarche santé communautaire ont eu des difficultés à comprendre qui fait quoi, à avoir une vision claire et précise des différentes instances de planification, et de leur réel pouvoir d'influencer collectivement les décisions dans ces instances. Ils ont également souhaité avoir une meilleure visibilité des actions du programme *« La santé à Saint-Mauront Belle-de-Mai : on s'y met tous ! »,* leur avancement, leurs résultats. Ce besoin de communication et de lisibilité était aussi exprimé avec les autres dispositifs et actions mises en œuvre sur le territoire. Les membres du réseau de santé communautaire ont ainsi identifié le besoin d'interagir avec davantage de représentants institutionnels lors de ces réunions pour partager les propositions qui sont faites, renforcer le partage d'expertises, et utiliser les ressources de chacun. Dans la phase de maintenance de l'implantation de la démarche communautaire sur

le territoire à partir de 2012, il apparaissait en effet important que la démarche soit largement reconnue sur les problématiques qu'elle abordait, les actions que les différents groupes de travail mettaient en œuvre, et les effets que ces derniers produisaient. La multiplicité des déterminants issus de la participation des habitants n'était pas prévue au départ en 2008 et engageait une dynamique intersectorielle qui impliquait de fait les différentes institutions. La coexistence des démarches ascendantes et descendantes a incité les différentes parties prenantes à interagir, à agir et à se positionner sur les multiples déterminants sociaux qui ont émergé. Cette dynamique confrontait les différents acteurs aux marges de manœuvre laissées à la démarche de santé communautaire avec le risque que le développement communautaire soit rattrapé par des schémas descendants de l'action publique. Si les multiples espaces participatifs de problématisation et de co-construction ont favorisé une dynamique relationnelle favorable au développement des connaissances, des compétences et des capacités collectives, leur développement est très dépendant des cultures professionnelles et organisationnels peu habituées à l'expérience de ces interactions répétées qui promeuvent le changement social. Dès lors, les risques identifiés ont été de tendre à progressivement à séparer de nouveau les logiques descendantes de planification de l'action publique avec les espaces participatifs autour des habitants et des acteurs des deux quartiers. Deux réunions en septembre 2012 entre la nouvelle équipe de pilotage du programme *« La santé à Saint-Mauront Belle-de-Mai : on s'y met tous ! »,* l'ASV Marseille Centre, l'Université du Citoyen en charge de l'animation de la démarche de santé communautaire, et l'équipe d'évaluation, ont dessiné les contours de la participation pour la mise en œuvre du plan d'action 2011-2014. Les différents acteurs oscillaient entre, le souhait de continuer à permettre à la démarche communautaire de se développer en soutenant notamment le conseil de citoyens à s'emparer

d'une problématique prioritaire afin d'investir l'action communautaire jusqu'au bout tout en impliquant les acteurs du réseau de santé communautaire (comme cela avait été fait sur la problématique des cantines scolaires), et le souci d'encadrer la dynamique ascendante dans des cadres formels (assemblées plénières par exemple) au cours desquels les problématiques pouvaient être remontées, évaluées, et les marges de manœuvre institutionnelles dessinées à posteriori. Dans ce cadre de pensée la conscience critique était centrée sur *« la prise de conscience des habitants de leurs compétences, de leurs savoirs, et de leur donner envie de développer ces compétences (notamment en rejoignant le Conseil de Citoyens)* plus que sur une conscience sociale partagée entre tous les acteurs des inégalités sur différents déterminants sociaux de la santé qui engageraient de fait différents secteurs, de multiples collaborations, et le développement d'espaces d'interactions entre habitants, professionnels et institutions, qu'ils soient formels ou informels. Ces ambivalences et régulations ont ainsi souligné le risque de caractériser une participation sans réel pouvoir de décision où les expertises des acteurs aux positions sociales plurielles ne sont plus partagées, et le risque de marginaliser une dynamique ascendante qui rompt avec les schémas descendants habituels de l'action publique (cf. figure 14). En mai 2012, les membres du réseau de santé communautaire ont pu réfléchir sur la dynamique en œuvre suite à la présentation des résultats de l'évaluation sur la dynamique partenariale. Ils exprimaient un sentiment de perte d'impulsion par rapport au démarrage du projet en 2008 et souhaitaient privilégier les espaces en petits groupes : *« il est beaucoup plus facile de travailler et d'avancer sur certaines thématiques lorsque l'on se rencontre en groupe restreints, comme c'est le cas dans les groupes de travail. Dans ces groupes de travail, les échanges de proximité permettent d'identifier de nouveaux besoins »* (un membre du réseau de santé communautaire le 15 mai

2012). Aucun membre du conseil de citoyens était présent à cette réunion du réseau, les membres soulignant ne plus s'y sentir à leur place face aux professionnels et représentants institutionnels : *« on est plus à notre aise dans les réunions du conseil de citoyens ou dans le cadre des assemblées plénières »* (membre du conseil de citoyens lors de la réunion du CDC le 7 juin 2012).

Figure 14. Les risques identifiés dans la pérennisation de la démarche de santé communautaire



4.5. L'expérience de la démarche communautaire pour les acteurs : construction de sens et définition de rôles

Les entretiens réalisés ont contribué à mieux comprendre le vécu des différents acteurs du programme *« La santé à Saint-Mauront Belle-de-Mai : on s'y met tous ! »* et d'explorer les significations qu'ils ont pu construire dans leur implication au sein des différents espaces participatifs du programme.

Chez les professionnels du territoire interrogés, le thème de la démarche communautaire a activé la nécessité de définir ce que ce concept signifiait pour eux (8/8). Si pour certains, celle-ci renvoyait à une dimension ethnique de la communauté (notamment comorienne), pour d'autres celle-ci devait se traduire par la co-construction d'actions entre les habitants, les professionnels et les représentants institutionnels :

"Créer un conseil de citoyens composé d'habitants du quartier qui puissent travailler et des acteurs du projet, identifier les problématiques et essayer de trouver des solutions avec des acteurs du réseau institutionnel, ou associatifs."

Pour 4 représentants institutionnels sur 8, la démarche communautaire permettait de demander l'avis des habitants d'un quartier, tout en admettant qu'il était, selon eux (5/8) difficile de répondre à leurs besoins et demandes.

"Je trouve effectivement nécessaire qu'à un moment on demande l'avis aux habitants sur ce qui se passe dans leur quartier."

"À l'évidence, qu'est-ce qu'on dit les dames, partout dans les sous-groupes où j'ai été à chaque fois. C'est le problème récurrent du logement et de l'environnement. Et on nous a dit que non surtout ne pas toucher à ça ! il ne faut surtout pas parler de ça ! Parce que ça dépasse complètement le projet, c'est embarquer les gens sur des faux espoirs que de leur dire qu'on pourra intervenir là-dessus."

Pour les représentants institutionnels, la démarche communautaire se décrit à travers deux autres caractéristiques, elle nécessite du temps et elle englobe des dimensions politiques et citoyennes :

"Mais si on veut créer de la citoyenneté et si on veut créer de la politique au sens noble du terme, je veux dire moi ça ne me gêne pas d'un carat. Bien au contraire si on rend les citoyens plus responsables par rapport à la santé et par rapport au cadre de vie et bien on fait du politique, au sens concret du terme, mais ce n'est pas gênant."

La démarche communautaire a été perçue dans sa dynamique ascendante chez une partie des professionnels (3/8) et chez les habitants (3/4) : elle est nécessaire pour permettre aux personnes de faire entendre leur voix, de construire une demande qui peut être entendue et prise en compte :

"Comment je vois la santé communautaire dans le troisième arrondissement...? et bien elle est liée quoi ! Elle est liée par le collectif habitant, par le conseil de citoyens qui essaie de faire entendre de faire remonter la demande du terrain." (Professionnel)

"Eh bien ce conseil de citoyens, à partir du conseil de citoyens on cible ce qui est prioritaire, ce qu'on peut faire avancer, ce qu'on peut faire remonter justement au réseau, aux réunions, aux institutions, aux autres structures." (Habitant)

Pour autant, pour certains professionnels (3/8), la démarche communautaire n'est pas une approche aisément maîtrisable :

"C'est un projet ambitieux qui révolutionne beaucoup les pratiques parce que la santé communautaire, en gros, on ne sait pas faire, moi la première. Voilà, et je ne sais pas si on est capable de savoir-faire."

Ces incertitudes se lisent dans les questionnements sur la représentativité des habitants à l'échelle du territoire par les représentants institutionnels (4/8), et les réflexions concernant

leur mobilisation au sein du quartier par les habitants (4/4), qui tendent à délégitimer la démarche communautaire elle-même :

« On va retrouver toujours les mêmes personnes là-dedans, c'est-à-dire que ce n'est pas forcément des habitants lambda qui vont dans les démarches communautaires. Aujourd'hui encore très peu même le conseil des citoyens, au début c'était 50 % 60 % de gens d'association. » (Institutionnel)

« Pour moi un conseil, il faudrait qu'on puisse avoir l'avis sur tel ou tel aspect, d'un ado, d'un jeune adulte, jusqu'à une personne très âgée. Parce que là on pourrait toucher un certain nombre de réflexions, de manière de voir. **»** (Habitant)

Chez les habitants interrogés, l'expérience de la démarche communautaire a fait émerger une demande de résultats concrets et visibles (3/4), où leur rôle a finalement été perçu comme limité, sans réel pouvoir de décider et d'agir (2/4) :

"(Conseil de Citoyens) Il n'a pas une place de décideurs, ce n'est pas à eux de décider. C'est à eux de faire ressortir les problèmes, éventuellement de proposer des solutions et par contre chacun son rôle ; c'est aux décideurs qui doivent décider, aux décideurs d'essayer de trouver des fonds et après la mise en place."

Pour la moitié des représentants institutionnels (4/8), leur propre rôle s'inscrit davantage dans la démarche descendante par la mise en place d'actions définies a priori :

« Alors ma participation et mes activités, c'était surtout sur la fiche de l'action X. C'est la fiche action X. Où là moi j'y suis allé directement pour organiser carrément le déroulé de l'action, la conduite de l'action, l'évaluation, la formation des enseignants au préalable, l'information des parents postérieurs aux actions dans les classes. »

Pour d'autres acteurs institutionnels (3/8), leur rôle se situait davantage à un niveau décisionnel et méthodologique du projet :

« C'est pas du co-pilotage, mais plutôt sur la partie ingénierie, soutien de méthode, soutien technique, voilà c'est ça ; accompagnement du projet, architecture, développement. »

Plus de la moitié des professionnels (5/8) ont reconnu le sentiment de ne pas être parvenus au départ à définir un rôle au sein de la démarche communautaire, ni à avoir le sentiment d'exercer une influence :

« Je sais pas trop quelle place j'ai. Ça a été difficile pour moi au début de me faire une place dans le groupe, ça a été dur parce qu'au début quand je suis arrivée j'avais l'impression d'être vraiment l'élément… d'être une pièce rapportée. »

« Mon rôle... Moi je participe, mais je n'ai pas vraiment un grand rôle à jouer, oui en tant que participante, je participe... »

Enfin, les habitants définissaient leur rôle selon deux positionnements pouvant être interchangeables ; le premier étant de faire le lien entre les habitants du quartier et les professionnels (3/4) :

« Dans la généralité je dirais que notre rôle parce que ce n'est pas que mon rôle à moi, notre rôle c'est un peu si vous voulez de servir de tampon entre les personnes des quartiers et les personnes des différentes administrations auxquels on a besoin de répondre. »

Le second rôle énoncé se situant au niveau du statut de l'habitant- bénéficiaire (2/4) :

"Là je me situe comme un habitant, un usager de tout ce qui a été mis à notre disposition ou qui pourrait être mis à notre disposition."

Le réseau de sante communautaire : interconnaissances, alliances, et construction d'une dimension collective

Pour l'ensemble des professionnels interrogés, ainsi que pour la moitié des représentants institutionnels et la majorité des habitants (3/4), la fonction principale des réunions du réseau de santé communautaire était un lieu d'interconnaissances et d'échanges :

« Je pense qu'au-delà d'un projet concernant un territoire donné, je pense que ça nécessite des liens particuliers entre les professionnels, une identification des professionnels entre eux, une reconnaissance professionnelle entre eux, donc je crois que les réunions de sante communautaire, de favoriser le lien de certains professionnels ensemble. » (Professionnel)

« D'abord ça m'a permis de rencontrer d'autres personnes, d'avoir une approche plus précise des problèmes que peut rencontrer par exemple (nom de l'institution), d'avoir une ouverture, une connaissance plus grande de ce que font les autres, voilà c'est un échange de pratiques aussi. » (Institutionnel)

En ce sens, autant pour les professionnels (5/8) que pour les représentants institutionnels (4/8) le réseau n'était pas un lieu de production collective :

« Ça part de besoins de terrains identifiés, mais maintenant qu'est-ce qu'on fait ? Et quand on arrive à la question maintenant qu'est-ce qu'on fait ? C'est marrant mais il n'y a plus personne. On sent vraiment qu'il y a ce besoin de se rencontrer mais il ne faut pas s'arrêter là, ce n'est pas le premier objectif, sinon on fait des après-midi bridge-the... Ce serait pareil ! » (Professionnel)

Professionnels et institutionnels abordent la nécessité de faire le lien avec les autres réseaux du territoire (professionnels : 2/8 et institutionnel 3/8) ainsi que le fait que le réseau de santé communautaire ait permis de produire des partenariats en dehors de celui-ci (professionnels : 4/8 ; institutionnels : 3/8) :

« Ce qu'on avait fait avec les (nom de l'association) on avait créé un groupe jeune de schizophrènes et avec la fille des (nom de l'association), on s'était dit qu'on pourrait peut-être faire un truc en commun sur des activités liées aux 18-30 ans ce qui permettra aussi aux schizophrènes d'être intégrés à un groupe de jeunes aussi. » (Professionnel)

Pour les représentants institutionnels, la mise en partenariat entre des institutions autour d'un projet commun dessine la dimension collective du programme et de la démarche de santé communautaire (3/8) :

« Les points que je trouve, qui ont été largement favorables, c'est que ça a permis de mettre un certain nombre d'institutions, d'administration, de services, y compris des services différents d'une même institution comme la nôtre, qui ne se connaissaient pas et qui n'avaient pas l'habitude de travailler ensemble, on les a mis tous autour d'une table. »

La moitié des professionnels interrogés ont pu construire un sentiment d'interdépendance et la croyance en une efficacité collective par leur participation au réseau de santé communautaire :

« Vraiment le but c'est-à-dire que, l'objectif, l'esprit qui est derrière toutes les démarches d'action participative c'est qu'ensemble on peut mieux faire que séparément et ce n'est pas en agressant... »

Enfin, chez les habitants interviewés, la dimension collective se traduit par un sentiment de cohésion et de soutien mutuel au sein des habitants participant au conseil de citoyens (3/4) :

« Bah là on est très unie, s'il y en a une qui, une ou un, qui est en difficulté on va aller l'aider, là pour ça on est tous très unie. On est un petit groupe, mais vraiment là... »

Représentation des habitants et dialogue avec les institutionnels : des dynamiques interactionnelles qui génèrent croyances et tensions plurielles

Pour les institutionnels, la figure de l'habitant est construite autour de l'expression des besoins, des problématiques, sans investir l'élaboration possible de réponses collectives avec les habitants (institutionnels : 4/8) :

« Comment dire, établir les besoins ça c'est très facile parce que les gens s'expriment très facilement, mais c'est plutôt en termes, effectivement de construction parce que j'ai l'impression qu'après avoir exprimé les besoins, les gens se disent : bon bah c'est bon on a dit ce qu'on attendait, maintenant on attend des réponses. »

Ainsi, pour une partie des représentants institutionnels (3/8), la confrontation avec les problématiques des habitants et ce qui pouvait être perçu comme une demande, a été vécu comme une expérience inattendue et difficile :

« C'était une demande vraiment, d'y participer en tant que représentant de (nom de l'institution) pour répondre aux questions des habitants sur l'école. (Marque un temps) Je l'ai assez mal vécu. Parce que comment vous dire, comme je vous disais tout à l'heure les habitants se sont clairement exprimés, c'est-à-dire qu'ils avaient enfin accès à quelqu'un de (nom de l'institution) pour revendiquer leurs besoins, je parle bien de revendications. Et ça été quand même un peu violent voilà, je ne m'étais pas du tout préparé. Mais c'est vrai que la séance en elle-même a été difficile pour moi. Oui assez difficile... »

Dans ce sens, plus de la moitié des représentants institutionnels parlent de tensions entre les institutions partenaires au sein du projet. Quant à la nature des relations entre les institutions et les habitants, les professionnels comme les habitants, perçoivent que l'habitant n'est pas réellement considéré comme un partenaire et ont des difficultés à reconnaitre l'apport de l'expertise de ces derniers qui peuvent se sentir instrumentalisés :

« Pour les acteurs, les institutions, l'habitant n'est pas forcément, comment dire, pertinent pour travailler » (Professionnel)

« Il y a les habitants qui ont très clairement dit dès la première année du projet, c'est encore un nouveau projet s'est encore expérimental on ne veut pas être utilisés pour faire monter des trucs et faire joli, on n'est pas une vitrine ; on veut des résultats. » (Professionnel)

Du côté des professionnels (5/8), la représentation de l'habitant au sein de la démarche s'est construite et parfois également limitée autour d'une fonction de relais d'information sur les deux quartiers :

« Et en même temps aussi, le demandeur il était en mesure de transmettre aux autres personnes, il servait de relais aussi à la population. C'était ça qui était assez enrichissant dans la mesure où ce n'est pas tout le temps qu'on le fait ça. »

Les différents espaces participatifs ont néanmoins contribué à resignifier le rapport aux institutions autour de la représentation d'une institution *« humanisée »* où habitants (4/4), comme les professionnels (4/8), du territoire ont reconnu l'importance des contacts privilégiés et individualisés avec des représentants institutionnels au travers des réunions du réseau de santé communautaire qui ont permis de développer des interactions dans un rapport d'égal à égal :

« Par exemple, c'est vrai quand on parle de téléphone, je peux passer par la (nom de l'institution), par la (nom de l'institution), d'ailleurs la dernière réunion de la (nom de l'institution) pour moi elle a été très intéressante, parce qu'elle expliquait que si dans le réseau on avait des personnes qui étaient en grande souffrance qui avait des problèmes pour débloquer des dossiers administratifs, on pouvait passer par eux. » (Habitant)

« Parce que finalement les partenaires à la base tous les habitants les connaissent, la Sécu on connait, la (nom de l'institution) on connait, mais de pouvoir mettre une personne à un moment donné, réhumaniser quelque part, cet aspect-là est intéressant. » (Habitant)

« C'est pas moi je t'aide toi tu m'aides. C'est un échange. C'est pas moi je viens là pour te donner un service, et toi je viens prendre un service. Là c'est vraiment un échange sur le réseau. En tout cas, moi je me suis senti au même niveau qu'un habitant. » (Professionnel)

Un des thèmes transversaux pour chaque groupe d'acteurs interrogés, en particulier chez les représentants institutionnels (7/8), est la dichotomie entre le représentant institutionnel décideur et opérateur. Cette dimension est envisagée comme un facteur principal des aspects tensionnels au sein du programme *« La santé à Saint-Mauront Belle-de-Mai : on s'y met tous ! »* :

« Donc chaque institution il y a deux têtes. Il y a ceux qui signent le contrat pour dire aller on va travailler ensemble, et ceux qui font le boulot, qui doivent mettre en œuvre ce travail-là. Oui…alors que l'institution n'est pas régie par les mêmes…elle l'est dans le sens ou le fonctionnaire est au service du citoyen, mais sa hiérarchie va lui imposer des statistiques, ça n'a rien à voir avec le bien-être des habitants… les statistiques…Et quand on met la pression

*sur enfin sur des acteurs quels qu'ils soient…les objectifs ou les raisons ne sont pas forcément les bonnes. » (*Habitant*)*

*« Car ce n'est pas parce que notre chef de service ou notre chef institutionnel a signé le projet qu'on a pour autant la légitimité d'intervenir. Après une fois que le chef a signé, il y a toute l'énergie à développer et toute cette légitimité qui est en rapport avec la problématique dégagée au départ. » (*Institutionnel*)*

Les espaces participatifs de la démarche communautaire, et ceux intersectoriels du programme *« La santé à Saint-Mauront Belle-de-Mai : on s'y met tous ! »* dans son ensemble, ont ainsi généré de multiples zones de tension dans la définition large des problématiques sur les deux quartiers, la construction de propositions collectives, la perspective de pousser la participation jusqu'à inclure les habitants dans la prise de décision, les marges de manœuvre des institutions pour faire entendre la voix des habitants et accroître la légitimité d'influencer les décisions internes, la reconnaissance du réseau de santé communautaire dans sa capacité à produire du changement. Pour autant, face aux déterminants sociaux les plus sensibles comme le logement et le cadre de vie, la répartition du pouvoir est restée très inégale, les institutions ayant du mal à s'approprier l'expertise citoyenne et les priorités issues du diagnostic communautaire, et les habitants réduisant leur rôle à une sphère revendicative faute de pouvoir construire de réels espaces de dialogue co-constructif avec les institutions sur la durée, renonçant même progressivement à cette ambition à partir de 2012. L'encadré ci-dessous présente un extrait du focus group réalisé à l'issue des trois années d'implantation de la démarche communautaire. Il illustre comment les échanges discursifs entre deux protagonistes principaux symbolisent des rapports asymétriques qui limitent le développement et l'influence communautaire, tout en cherchant à réduire la tension psychologique générée par la fiction d'un partage supposé du pouvoir entre acteurs aux positions sociales différentes.

Extrait du deuxième focus group réunissant habitants, professionnels et institutionnels

La thématique de l'échange se construit autour de la démarche communautaire et de l'apport des habitants au sein du programme « *La santé à Saint-Mauront Belle-de-Mai : on s'y met tous ! »*. Les protagonistes principaux sont un représentant institutionnel et un habitant. L'échange débute sur les questionnements du représentant institutionnel quant aux réelles influences des habitants sur l'ensemble des décisions prises au sein du programme : *« mais aujourd'hui si on analyse avec un peu de recul qu'est-ce que le conseil du citoyen enfin en quoi le conseil du citoyen a fait évoluer le réseau ? Enfin je veux dire l'équipe projet et de quelle manière ce qui est remonté du conseil de citoyens ça a joué en termes d'action et de décision ? C'est peut-être que ça qu'il faudrait aller interroger. »* Il poursuit en nuançant son propos en donnant l'exemple de la cantine initié par le conseil du citoyen. Les marqueurs sémantiques à tendance péjorative viennent affirmer ses doutes quant au poids décisionnel réel du conseil de citoyens : *« sur des petites choses à la marge oui sur les cantines, oui sur des choses comme ça si tu veux sur le travail sur la cantine oui… »*. La tentative d'intervention de l'habitant pour répondre à ces propos échoue puisque le représentant institutionnel l'interrompt pour poursuivre son raisonnement. Le style oratoire ainsi que les mêmes figures de style (récurrence de marqueur sémantique évaluatif, formes interrogatives et exclamatives) sont maintenus pour mettre en question la fonction de conseil de citoyens au sein du projet.

L'habitant parvient finalement à intervenir en employant une comparaison (métaphorique) sur le faible pouvoir des habitants face aux institutions *« ça revient un peu à ce que tu disais tout à l'heure c'est un petit peu quand on est en face à un projet avec des milliards en face de soi et que nous on pèse 1 centime »*. Il est intéressant de constater l'emploi de la deuxième

personne du singulier à ce moment précis de l'échange. Nous pouvons émettre l'hypothèse que ce « tu » a pour fonction, à un niveau symbolique, de chercher à maintenir un rapport supposé équitable dans l'échange. Le contrôle du raisonnement tant sur le fond que sur la forme est du côté du représentant institutionnel que l'habitant subit : *« ouais…1 centime d'euro !! »* (Représentant institutionnel).

La dernière séquence de l'échange est rééquilibrée par une longue intervention de l'habitant qui cherche à démontrer les conséquences que génèrent ce type de propos chez les habitants. Il explique que ce genre de raisonnement contribue à rompre les liens entre les habitants et les institutionnels, et que ceux-ci préfèrent alors se réorganiser entre eux (usage de la métaphore : *« c'est un peu comme l'eau qui s'infiltre, quand à un moment donné ça passe pas quelque part et bien ça part ailleurs »*). Il montre par la suite l'interprétation implicite qu'il fait de l'analyse présentée par le représentant institutionnel : les habitants sont des faire-valoir au projet, notamment parce qu'ils sont sous représentés. On note alors l'ambivalence du positionnement de l'habitant qui se met dans une posture *« professionnelle »* ; celle-ci ressurgit à travers des marqueurs grammaticaux *« moi, je »* vs *« les habitants, les gens »* : *« Mais il n'empêche que les relations qui se sont créées du coup , parce que les habitants ne participent pas physiquement au projet…peut être…à ce qui se passe au niveau du réseau santé, mais moi je crois quand même qu'il y a un intérêt, qu'il y a quand même des « ah oui alors ça en est ou, et comment…et qu'est-ce que… et ah oui »*. La prise de parole de l'habitant se poursuit en énonçant les différents besoins qui ont émergé du conseil de citoyens et notamment la question de l'amiante dans le quartier. L'analyse de discours permet à ce moment de l'échange, de constater que l'habitant est tourné exclusivement vers son principal interlocuteur, et utilise une forme de communication engageante envers lui par rapport au

problème de l'amiante, moins lourd à faire valoir car il ne représente pas une thématique priorisée et réellement discuté dans la démarche communautaire : *« il y aura l'amiante, enfin j'espère …grâce à toi finalement (regard tourné vers le représentant institutionnel), ça a pu se…émerger j'espère ! »*. Si le style de discours était jusque-là parfois confus et hésitant (phrases coupées), la dernière séquence de l'intervention indique plus d'affirmation dans le raisonnement de l'habitant qui aborde la question de l'engagement et de la responsabilité de chaque « *participant »*, terme visant à neutraliser les statuts sociaux asymétriques en interaction dans le focus group pour ainsi resituer les échanges dans un idéal de rapport d'égal à égal.

5. Discussion

5.1. L'entrée dans le processus d'empowerment par les espaces d'échanges triparties

Les premières assemblées plénières en 2008-2009 ont été un temps fort de la démarche de santé communautaire. Elles ont constitué les premiers ponts de rencontre entre les institutions engagées sur le programme « *La santé à Saint-Mauront Belle-de-Mai : on s'y met tous ! »* et les habitants mobilisés par l'Université du Citoyen. Au sein de ces espaces dédiés aux préoccupations prioritaires des habitants, les nombreux dispositifs et prestations existants sur le territoire ont pu être tout d'abord présentés directement par les professionnels y œuvrant (accès à la PMI, au centre d'examen de santé gratuit, programmes de rénovation urbaine par exemple). Les différentes actions définies en amont dans le programme (M'T dents, Programme de développement affectif et social – PRODAS, facilitation de l'accès aux droits et aux soins notamment) ont également été partagées et détaillées aux habitants. L'originalité de ces premiers espaces participatifs était, par l'articulation d'une démarche ascendante et descendante, de pouvoir associer des habitants du quartier à un grand nombre d'institutions et de dispositifs représentés autour de la santé des enfants et des familles des deux quartiers. L'Université du Citoyen a organisé des espaces d'échanges en petits groupes et animé les restitutions en organisant la parole collective de chaque groupe. Ces temps d'échanges centrés sur la santé, leurs ressources, leurs préoccupations (*« C'est quoi pour vous être en bonne santé ? » ; « Quels sont les freins, les problèmes, vos préoccupations…? » ; Quel est le quotidien de vos enfants, aujourd'hui, à Saint-Mauront et Belle de Mai ? »*) visaient à permettre aux habitants participant de faire entendre leur voix, et

de construire une réflexion collective sur la santé et le bien-être des enfants et des familles sur les deux quartiers. Ces espaces d'échanges restreints étaient animés dans un cadre sécurisant où les habitants des deux quartiers ont pu mettre en mots leur sentiment d'insécurité, d'inquiétude et d'angoisse au quotidien. Leur souffrance d'origine sociale a pu être partagée et reconnue (Furtos, 2007 ; Vandecasteele & Lefebvre, 2006), les problématiques communes ont pu être identifiées et entendues (Gutierrez, 1990 ; Zimmerman, 1995), avec des acteurs locaux et des représentants institutionnels. Par l'expérience de cette stratégie compréhensive dans ces espaces d'interactions tripartites, s'installe alors un champ psychologique engageant les acteurs ensemble sur une demande collective qui s'impose, et qui enjoint les acteurs à agir. Cette demande collective, même si elle n'a pas été signifiée et élaborée en tant que telle, a constitué l'entrée dans le processus d'empowerment, et le cœur même de la démarche communautaire qui s'est développée par la suite. La figure de l'habitant a pu d'emblée être représentée au travers des solutions à construire avec eux et non réduite à des besoins à satisfaire, ce qui ne va pas sans créer une tension avec la représentation intériorisée de l'habitant bénéficiaire dans les cultures professionnelles et organisationnelles où il n'a pas de rôle établi pour participer à la définition des solutions et à leur mise en œuvre, il n'est pas *« pertinent pour travailler »* (extrait d'un entretien d'un professionnel). Des propositions ont pu néanmoins être élaborées sur les problématiques identifiées collectivement, créant l'expérience de travailler ensemble sur des problématiques communes (Gutierrez, 1995), et développant la possibilité d'un pouvoir social en s'attaquant aux problèmes partagés dans l'espace des groupes (Florin & Wandersman, 1990). Ces espaces concouraient ainsi à inscrire une vision commune des problématiques sur un territoire donné, ainsi que des changements souhaités en fonction des ressources

disponibles et mobilisées (Israel et al., 1994 ; Ninacs, 2002). Des thèmes principaux ont ainsi émergé de ces assemblées plénières (cadre de vie et logement, relations entre les familles et l'école, exercer sa parentalité dans un contexte de vie difficile, la santé mentale liée au contexte de vie, accès aux soins et à la prévention) ainsi qu'un ensemble de propositions qui ont guidé la démarche communautaire et ses priorités comme par exemple le souhait de développer des espaces verts et de loisirs, de mettre en place des espaces d'échanges et d'expression sur le vécu au quotidien, sur la parentalité, et entre les équipes enseignantes et les parents, d'ouvrir des lieux d'alphabétisation, de former des relais communautaires. Plusieurs ressources avaient également été identifiées centrées sur l'environnement social proche et les professionnels médicaux et sociaux : rester en lien avec les gens dans les espaces de rencontre, s'appuyer sur les centres de santé locaux qui sont de vrais services de proximité, ainsi que la PMI, les centres sociaux et les associations du territoire. Ces ressources montrent comment, face au cumul des situations de précarité vécue et face aux conditions d'existence défavorables, c'est par le lien à autrui, la mise en mots des expériences vécues, et les possibilités de soutien, que cette souffrance d'origine sociale, peut être contenue (Furtos, 2007 ; Vandecasteele & Lefebvre, 2006). Les possibilités d'agir peuvent être pensées dans ces nouveaux espaces relationnels où, par l'intersubjectivité, l'accent peut être ainsi mis sur la reconnaissance de l'isolement social et de la souffrance psychosociale, mais aussi sur le capital social des individus (Ninacs, 2003 ; Wallerstein, 2006). Les dynamiques de groupe initiées au sein des assemblées plénières, en impliquant les institutions, les professionnels et les habitants ensemble dans l'élaboration des problèmes et des solutions ont ainsi créé les prémices pour inscrire un champ psychologique caractérisé par un désir d'agir où se dessinent les possibilités et des opportunités d'une action collective centrée sur le partage et la

recherche de ressources face aux problèmes communs (Cox, 1992 ; Hur, 2006), et dans lequel s'expérimentent des relations d'interdépendance englobant les préoccupations et les aspirations les plus signifiantes (Abric, 2019). L'empowerment n'est de fait ici pas réduit au contrôle personnel et se construit en permettant aux personnes de trouver des solutions efficaces face à leurs difficultés quotidiennes (Cattaneo & Chapman, 2010). Il ne se limite pas à adapter et à réorienter les services existants sur le territoire (Eisen, 1994). Il s'ancre à travers des conditions de participation dans lesquelles se développe une nouvelle compréhension des déterminants sociaux les plus significatifs du bien-être des personnes dans leur vie quotidienne pour avancer vers plus de contrôle sur ce qui est important pour elles (Kleba & Wendausen, 2009 ; Rappaport, 1987 ; Tengland, 2008 ; Zimmerman, 1990). Le cadre de vie et le logement représentaient pour les habitants le déterminant social qui les préoccupait le plus. Une des propositions fortes qui a émané des premières assemblées plénières était que l'ensemble des institutions réunies soient prêtes à travailler avec les habitants, de façon transversale, et en associant les professionnels du logement. Cette demande collective explicite s'est ensuite inscrite dans le champ psychologique de l'ensemble des parties prenantes engagées tout au long du programme *« La santé à Saint-Mauront Belle-de-Mai : on s'y met tous ! »,* que ce soit dans les espaces participatifs avec les habitants, où dans les réunions techniques plus formelles sans les habitants. Cette demande collective s'est enracinée au cours du temps et manifestait un niveau de participation attendu qui projetait la possibilité d'un empowerment collectif avec les habitants, en dépassant la simple consultation et la simple concertation, et qui investissait la co-construction et le partenariat entre toutes les parties (Arnstein, 1969 ; Campagné et al., 2017) Cornwall, 2008 ; Hance et al., 1990 ; Hart, 2008). Implicitement cette demande de participation signifiait également que la

démarche communautaire sur les quartiers Saint-Mauront et Belle de Mai pouvait s'appuyer sur un capital social et participatif préexistant sur le territoire, ce qui impliquait de reconnaître cette demande et ce capital déjà-là, tout autant que l'opportunité de participation communautaire créée d'« *en haut* » (Gaventa, 1998), à l'articulation d'une démarche descendante plus traditionnelle de déploiement d'action de santé publique qui a permis d'impliquer d'emblée de nombreuses institutions dans ces assemblées plénières.

5.2. Le processus participatif de la démarche communautaire

La démarche communautaire s'est donc tout d'abord constituée autour des assemblées plénières qui installaient un processus participatif et une dynamique intersubjective entre institutionnels, professionnels et habitant sur les déterminants sociaux les plus sensibles. Des propositions ont pu être élaborées dans les espaces d'échanges triparties engageant d'emblée la démarche ascendante du programme *« La santé à Saint-Mauront Belle-de-Mai : on s'y met tous ! »* dans la perspective d'une action communautaire. Le processus participatif impulsait ainsi le désir et l'espoir de changement par ces nouvelles priorités définies avec les habitants et non par les logiques programmatiques des plans régionaux et locaux de santé publique décidés par les institutions (Wolff, 2001). Une des forces dans la constitution de cette démarche et de la mobilisation initiale a été de démultiplier les espaces d'interactions au travers des assemblées plénières, des ateliers citoyens, du conseil de citoyens, du réseau de santé communautaire pour offrir l'opportunité de construire des relations et d'engager les principaux professionnels et institutions œuvrant sur le territoire (Florin et al., 2000 ; Wolff, 2001). L'aspect communautaire était notamment représenté par la participation des habitants

et le conseil de citoyens, mais toujours dans la perspective que les problématiques et les solutions soient pensées directement ou indirectement avec les acteurs professionnels et institutionnels. Si cet aspect était consensuel chez les professionnels, il suscitait plus de conflictualités chez les représentants institutionnels du fait que leur engagement signifiait l'incarnation d'une réponse possible dans la co-construction ou la mobilisation de nouvelles ressources, d'acteurs clés, de décideurs. Or, leur position au sein même de leur institution ne permettait pas toujours, voire rarement, de mobiliser directement des ressources, d'envisager des modifications organisationnelles dans le fonctionnement des services ou des prestations, d'engager les processus décisionnels internes en lien avec la démarche ascendante, entrainant parfois un processus de dialogue long et coûteux qui pouvait démobiliser les représentants institutionnels et les habitants. Ces aspects d'empowerment intra-organisationnel (Rothman et al., 2019) soulignent d'une part comment les organisations pouvaient faciliter la participation de leur représentant à la démarche de santé communautaire en s'engageant dès le départ dans les actions définies de manière descendante, et d'autre part comment elles n'investissaient pas ou peu des systèmes de croyances basés sur le groupe, la participation, et la santé communautaire, ou à minima sur la possibilité d'adapter les services et les prestations existantes au regard des constats et propositions construits dans la démarche ascendante (Maton & Salem, 1995). Cette limite a été un élément central dans la différence des objectifs poursuivis au sein des groupes de travail et de leur dynamique communautaire. L'impossibilité d'enrôler les personnes clés dans les institutions ou parmi les décideurs politiques locaux sur les problématiques de logement et de cadre de vie a progressivement décentré les habitants, professionnels, et représentants institutionnels impliqués de l'espoir d'exercer une véritable influence sur ce déterminant pourtant identifié comme le plus sensible. La coopération forte

entre les différents acteurs qui se sont mobilisés s'est recentrée sur les situations à risque pour la santé des enfants et des familles liées au logement, abandonnant la perspective d'une action intersectorielle et la perspective d'enclencher une réelle dynamique ascendante sur cette problématique. Les collaborations institutionnelles se limitant aux acteurs de la santé ou de l'hygiène et de la sécurité des bâtiments. Si les espaces d'interactions répétés permettaient de vivre l'expérience de la participation citoyenne et de la collaboration intersectorielle, ils ne pouvaient pas non plus masquer les impensés conceptuels autour de la participation en France et l'absence de repères pour la mise en place de dispositifs participatifs ou de pratiques invoquant le développement de l'empowerment à une échelle collective (Bellier, 2011 ; Blondiaux, 2004). Que ce soit lors des focus group ou dans les objectifs au sein des groupes de travail et dans le plan d'action 2011-2014, la participation avait en partie pour fonction de se préoccuper de prime abord de la manière dont les habitants pouvaient diffuser les messages des institutions et des professionnels, au détriment de ce qu'ils auraient à en dire (Musso, 2006). Dans ces cadres d'impensés, les habitants et professionnels du groupe sur le logement et le cadre de vie ont axé leurs efforts sur la coopération et la sensibilisation, faute de pouvoir partager une réflexion avec les différents programmes en cours pour améliorer la situation de l'habitat (ANRU, RHI, OAHD), ou de mettre en avant des pratiques participatives et de santé communautaire. Sur le groupe concernant l'accès aux droits, en dépit de nombreux échanges avec les habitants et de ceux au sein du réseau de santé communautaire, ainsi que plusieurs modalités d'action mises en œuvre sur les deux quartiers pendant quatre années (facilitation de l'accès à la CMUC pour les bénéficiaires du RSA, formation d'agents d'accueil à la CPAM, questionnaire à destination des habitants sans droit ouvert, procédure de simplification construite avec les associations locales), le niveau départemental a tout simplement décidé

de stopper l'engagement, faute de personnel dédié notamment. Ces éléments soulignent tout autant la culture descendante où la participation devient *« un devoir plutôt qu'un moment de construction d'un pouvoir »* (Donzelot et al., 2003), que *« l'asymétrie des relations de pouvoirs »* qui caractérise les dynamiques institutionnelles françaises éloignées du développement communautaire et des dynamiques collectives (Kirszbaum, 2011). Les éléments qualitatifs recueillis par entretiens ou lors des focus group soulignent à ce titre le manque de maîtrise partagée de la démarche communautaire : *« la santé communautaire, en gros, on ne sait pas faire, moi la première. Voilà, et je ne sais pas si on est capable de savoir-faire »* (entretien avec un professionnel), jusqu'à délégitimer la représentativité des habitants au sein du conseil de citoyens : *« on va retrouver toujours les mêmes personnes là-dedans, c'est-à-dire que ce n'est pas forcément des habitants lambda qui vont dans les démarches communautaires »* (entretien avec un représentant institutionnel). Le processus participatif au sein de la démarche communautaire s'est vu ainsi contraint par le manque de modèle préalable opérationnel partagé sur son développement et atteste de cultures organisationnelles et professionnelles éloignées de l'empowerment, encadrées par des pratiques de l'action publique descendantes (Carrel & Rosenberg, 2014). Elles attestent, en France, de l'absence de maîtrise de référentiels et de repères sur les pratiques participatives autour de l'empowerment en promotion de la santé (Ridde, 2007 ; Shankland et al., 2009), ainsi que sur les concepts, méthodes, théories, et valeurs clés de la santé communautaire (Hyppolite et Parent, 2017 ; Jourdan et al., 2012 ; Saïas, 2009).

L'engagement communautaire et collaboratif au sein des groupes autour des cantines scolaires et des relations des parents avec les écoles montrent néanmoins que ces constats n'ont pas rendu impossible l'émergence d'initiatives ascendantes où les citoyens se

mobilisent, s'investissent dans le collectif et se structurent en organisation communautaire. Dans ces dynamiques de développement communautaire où les habitants étaient le plus investis, l'accent a pu être mis sur la collaboration avec les institutions et l'organisation scolaire, sur le renforcement des capacités communautaires, et le sens de la communauté (Minkler et al., 2012). Il n'y a pas eu à proprement parler de confrontation avec des déséquilibres de pouvoir, bien que chacun des groupes ait dû être légitimé dans son action (conseil de citoyens) ou reconnu par son statut (constitution en association pour les parents d'élèves afin de pouvoir développer des liens de coopération avec l'école). Plus consensuel car moins confronté à des logiques descendantes qui régulent la participation, les deux groupes de travail concernant les cantines scolaires et les relations entre les parents et les écoles ont pu s'engager sur des thèmes prioritaires pour lesquels des changements possibles étaient cette fois perçus (Freire, 1974). Le développement communautaire a été rendu possible par la structuration en organisation des initiatives collectives des habitants et du conseil de citoyens (Minkler et al., 2012). La répétition des espaces d'échanges et de coopération entre habitants, professionnels et institutions dans les groupes de travail institués ou au sein d'autres espaces coopératifs a permis d'exercer une influence sur les déterminants sociaux prioritaires (Le Bossé, 2003 ; Rappaport, 1987). Les habitants ont construit des propositions et des objectifs clairs sur des déterminants qu'ils ont précisés par la réflexion collective facilitant ainsi l'action communautaire (Eisen, 1994 ; Jemal, 2017 ; Minkler et al., 2012 ; Potvin & Richard, 2001) et pour lesquels ils ont obtenu des changements concrets et reconnus par l'équipe projet du *programme « La santé à Saint-Mauront Belle-de-Mai on s'y met tous »* (Fawcett et al., 1995). Ces objectifs étaient centrés sur la communauté large ou l'organisation scolaire et non seulement pour eux-mêmes (Butterfoss & Francisco, 2004). Ils

visaient à pouvoir redonner la parole aux parents dans les écoles et recréer l'équité entre les enfants. Dans ces deux groupes, le noyau dur de personnes mobilisées était constitué d'habitants et de parents, contrairement aux autres groupes de travail, majoritairement composés de professionnels. Ils ont analysé les problèmes ensemble, établi entre eux des relations solides, de confiance, et bienveillantes dans lesquelles ils s'identifiaient et ainsi développé un sens de la communauté (Mc Millan & Chavis, 1986 ; Wolff, 2001). Ces espaces entre pairs faisaient office d'intégration et de reconnaissance sociale qui rompaient avec les situations d'isolement (Castel, 1994 ; Fieulaine, 2006). Leurs objectifs s'ancraient dans une dynamique plus large où professionnels et institutionnels étaient symboliquement toujours présents dans le champ psychologique qui englobait l'ensemble des parties prenantes engagées tout au long du programme *« La santé à Saint-Mauront Belle-de-Mai : on s'y met tous ! ».* Les habitants et parents mobilisés ont pu développer un leadership collectif, de nouveaux liens sociaux, une réflexion critique sur les problématiques en recueillant de nombreuses informations sur les deux quartiers, ils ont obtenu le soutien de professionnels ou de représentants institutionnels mobilisés dans la démarche communautaire et intersectorielle (Goodman et al., 1998 ; Wolff, 2001). Ils ont pu accéder à des opportunités de coopération et exercer une influence qu'ils n'auraient pu avoir seuls (Kleba & Wendausen, 2009). Les deux groupes ont ainsi pu générer des relations de confiance et la collaboration (Butterfoss et al., 1993 ; Goodman et al., 1998), construire un pouvoir d'influence (Shultz et al., 2003), en s'appuyant sur un climat de communication ouvert et avec la croyance dans le potentiel du travail conjoint avec les professionnels ressources et les institutions engagées (Deschesnes, 2002). Le groupe pouvait s'appuyer sur la dynamique partenariale et locale déjà en œuvre au sein du réseau de santé communautaire pour s'engager de manière constructive

dans l'espace communautaire (Goodman et al., 1998). Sur le groupe concernant les relations avec les écoles, un esprit de coopération a pu s'installer immédiatement avec les nombreux partenaires (directrices d'école, acteurs sociaux, de la ville de Marseille, de la médecine scolaire) qui se sont investis dans la définition d'objectifs communs (Butterfoss et al., 1993). Sur le groupe d'habitants du conseil de citoyens engagé sur les problématiques des cantines scolaires, les représentants de l'éducation nationale et de la ville de Marseille se sont mués en alliés (Fawcett et al., 1995). Le pouvoir est ainsi créé avec autrui, et non dans le contrôle des interactions avec les habitants (Butterfoss, 2006). Au sein de ces deux groupes de travail, l'empowerment s'ancrait autour des dynamiques partenariales et coopératives avec l'intégration d'organisations et d'initiatives communautaires où un dialogue horizontal s'installait sur les préoccupations qui tenaient à cœur la communauté large (Minkler et al., 2012). Le sentiment d'appartenance s'étendait ainsi à tous les membres, habitants, professionnels et institutionnels, qui pouvaient poursuivre ensemble une cause sociale et inscrire progressivement la démarche communautaire dans une citoyenneté active (Cavalieri & Almeida, 2018).

5.3. Le développement de l'empowerment communautaire autour du conseil de citoyens et du réseau de santé communautaire

Le conseil de citoyens et le réseau de santé communautaire ont constitué les instances clés de la dynamique participative initiale sur la période expérimentale du programme *« La santé à Saint-Mauront Belle-de-Mai : on s'y met tous ! »*. Elles ont été pensées dès l'écriture du programme et mises en œuvre par l'Université du Citoyen suite aux assemblées plénières en rassemblant les habitants qui souhaitaient s'organiser en collectif pour poursuivre le travail

réflexif initié, et en proposant aux différents acteurs mobilisés sur les deux quartiers (habitants, professionnels, représentants institutionnels) de s'organiser en réseau au sein d'un espace participatif où les connaissances, les expertises, les dispositifs, les problématiques et les ressources étaient partagées. Un professionnel de l'Université du Citoyen animait ces deux espaces et plus globalement l'ensemble de la démarche communautaire. L'animateur produisait les écrits nécessaires pour rendre visible les réflexions, les objectifs, les réalisations, en s'appuyant également sur l'équipe d'évaluation (Eisen, 1994 ; Fawcett et al., 1995). Il promouvait la collaboration entre les acteurs du réseau de santé communautaire, portait la parole citoyenne devant les institutions avec ou sans les habitants, et assurait un climat relationnel d'égal à égal entre les membres eu égard à leur appartenance, en encourageant le partage de points de vue et la participation constante (Butterfoss et al., 1993). Pour Kieffer (1984), cette posture est centrale dans le développement communautaire et le processus d'empowerment. Le niveau de participation des personnes engagées dépend largement du rôle de facilitateur d'un organisateur communautaire qui assure un climat bienveillant, encourage les initiatives indépendantes, le développement de compétences politiques, et permet de démystifier le pouvoir attribué aux professionnels et aux institutions. Ainsi, l'animateur portait son attention sur le processus participatif plus que sur les résultats attendus en encourageant les interactions entre le conseil de citoyens et le réseau de santé communautaire, en recentrant les débats sur les préoccupations diagnostiquées au départ (Butterfoss et al., 1993), en encourageant la dynamique de travail en petit groupe pour favoriser le leadership chez les différents acteurs (Wolff, 2001). Le conseil de citoyens a ainsi pu compter sur un soutien relationnel, technique et un relais constant de la part de l'animateur de la démarche communautaire qui investissait la croyance dans les capacités

collectives du groupe (Kiefer, 1984), et aidait les membres à mobiliser des ressources pour avancer sur les objectifs et les tâches qu'ils avaient fixés collectivement (Butterfoss, 2006). L'espace des petits groupes entre pairs était plus aisé pour les habitants impliqués pour être moteurs de la dynamique (Labonté, 1994). L'entraide et la solidarité ont ainsi pu se développer, favorisant un sentiment d'appartenance et une mobilisation sur la durée où ils ont pu être légitimés dans leurs compétences participatives, leurs témoignages et leurs propositions (Kiefer, 1984). Symboliquement, suite aux assemblées plénières et à leur engagement dans le conseil de citoyens, ils portaient une demande collective de changement sur plusieurs déterminants de santé qui les engageait à investir de nouveaux rôles vers la communauté large (Goodman et al., 1998). En mettant en commun leurs connaissances et leurs compétences, ils ont pu agir sur des objets précis de changement social qui bénéficiaient aux deux quartiers (nouvelles modalités d'inscription et de paiement au niveau des cantines scolaires, nouvelles procédures de facilitation pour l'accès aux droits de santé, développement d'associations de parents d'élèves), contribuant à développer un sentiment d'appartenance au territoire par l'action (Mc Millan & Chavis, 1986). Ces résultats ont affirmé la croyance qu'ils pouvaient produire des changements en travaillant ensemble avec l'aide d'un animateur extérieur pour améliorer la vie des habitants des deux quartiers (Zimmerman, 1995). En s'engageant dans la dynamique intersubjective du groupe, ils développaient un empowerment communautaire (Hur, 2006) qui pouvait, selon les thématiques investiguées, être limité ou encouragé suivant les possibilités de coopération avec les autres parties prenantes. Ils ont acquis la confiance et la légitimité de participer aux décisions qui les concernaient (Cavalieri & Almeida, 2018), et développé le sentiment qu'ils pouvaient exercer une influence sur leur environnement (Christens et al., 2016 ; Saïas, 2009). Les membres du

conseil de citoyens réfléchissaient ensemble aux problématiques prioritaires et pouvaient mobiliser, explorer, solliciter des ressources pour agir, avec la conscience que leur mobilisation et leur production s'inscrivait dans un champ psychologique qui engageait l'ensemble des parties prenantes et des secteurs représentés au sein du programme *« La Santé à Saint-Mauront Belle-de-Mai : on s'y met tous ! »,* en particulier au travers des relations créées dans le réseau de santé communautaire. Cette interdépendance avait valeur de reconnaissance des activités communautaires déployées et contribuait à affirmer le désir constant de créer et de proposer, bien que les habitants n'eussent aucune assurance que leurs contributions soient systématiquement suivies de dynamiques coopératives avec d'autres parties prenantes.

Le réseau de santé communautaire était le lieu où les échanges tripartis engagés dans les assemblées plénières ont pu se poursuivre. Il a avant tout constitué un espace d'interconnaissances entre les partenaires des deux quartiers qui expérimentaient une organisation communautaire originale dans laquelle les échanges se développaient de manière horizontale et dans un rapport d'égal à égal, l'objectif premier restant de mobiliser les professionnels du territoire, habitants et institutions ensemble. Des rencontres entre acteurs ont été organisées en dehors du réseau et plusieurs nouveaux partenaires et personnes ressources ont pu être mobilisés suite aux thèmes émergeant dans les réunions du réseau de santé communautaire et du conseil de citoyens. Pour Wolff (2001), la création de coalitions communautaires est avant tout une question de relations à construire par le contact entre les personnes, la mobilisation sociale et de s'assurer que la dynamique communautaire représente tous les secteurs et les populations concernées. Les entretiens ont ainsi montré que les partenaires ont pu s'identifier entre eux et reconnaître leurs actions respectives,

élargir leurs connaissances et leur conscience des problématiques vécues par les habitants, faire émerger un besoin de coordination intersectorielle, et construire un sentiment d'interdépendance. Les échanges et la problématisation sur les questions jugées importantes ont favorisé la mise en commun d'un ensemble de ressources sur le territoire en termes de personnes clés à mobiliser et de dispositifs existants (Butterfoss, 2006 ; Florin et al., 2000 ; Potvin & Richard, 2001 ; Wolff, 2001) jusqu'à créer un répertoire spécifique des acteurs qui était mis à jour. Le diagnostic communautaire sur les nombreuses thématiques ciblées et grâce à des échanges répétés a permis de créer un inventaire de possibilités et de moyens pour agir, soit dans les groupes de travail qui ont suivi, soit par d'autres coopérations qui ont pu naître de manière plus informelle (Fawcett et al., 1995). Les différents membres ont appris à être ensemble, à mettre en lumière des situations inéquitables pour les habitants du territoire, les dysfonctionnements repérés dans l'accès aux services. L'attention portée à la problématisation constante sur les déterminants sociaux entre 2009 et 2010 dans les différentes réunions du réseau de santé communautaire contribuait au dialogue entre habitants, professionnels et représentants institutionnels et favorisait la réflexion critique partagée à un niveau local (Mohajer & Earnest, 2009). Les difficultés et cadres limitants des institutions pouvaient être discutés et compris sans qu'ils soient remis en cause de manière radicale et qu'il soit nécessaire d'investir des activités de plaidoyer (Bacqué & Biewener, 2013). Petit à petit, le processus participatif permettait d'engager la définition des problématiques ainsi que des solutions jugées pertinentes et appropriées (Zimmerman, 1995). L'animateur encourageait progressivement la construction d'une vision commune de l'engagement des membres sur le territoire, et suscitait constamment les ressources disponibles qui pouvaient être mobilisées (Israel et al., 1994; Ninacs, 2003 ; Wolff, 2001), ce

qui n'allait pas sans provoquer des zones de conflictualités pour les acteurs professionnels et institutionnels dans le partage de l'expertise voire de la décision sur la définition des priorités et des actions à engager (Guirimand et al., 2018). En effet, si sur le réseau de santé communautaire, l'animateur a eu le souci constant d'inciter les participants à travailler ensemble sur des objectifs communs (Butterfoss, 2006), la majorité des différentes parties prenantes n'investissaient pas l'espace collectif du réseau de santé communautaire comme une organisation collective capable de construire et de mener de nouvelles actions. La dynamique d'action communautaire a pu être effective avec le conseil de citoyens et les groupes de travail émanant du réseau. La construction de dynamiques triparties en petits groupes et de communautés d'habitants est ainsi apparue comme essentielle pour générer un empowerment à une échelle collective où la prise de décisions pouvait être partagée, et où les différents acteurs engagés pouvaient cibler et investir des espoirs de changements sur les déterminants sociaux prioritaires (Hur, 2006). Les dynamiques relationnelles entre pairs, l'engagement dans le collectif, et la mise en réseau d'acteurs faisant office de ressources précieuses. Elles ont nourri le processus participatif et l'engagement dans la démarche de santé communautaire ascendante dans laquelle les personnes ont pu acquérir un pouvoir par le fait d'être ensemble (Israel et al., 1994; Kleba & Wendausen, 2009 ; Mohajer & Earnest, 2009 ; Speer & Hughey, 1995 ; Rigger, 1993).

5.4. Empowerment organisationnel, régulations, et pérennisation de la démarche communautaire

Cette structure organisationnelle de la démarche communautaire au travers du conseil de citoyens, du réseau de santé communautaire, et des groupes de travail et le relais de l'animateur lors des réunions de l'équipe projet *« La Santé à Saint-Mauront Belle-de-Mai : on s'y met tous ! »* ont ainsi contribué à investir de multiples parties prenantes et développer la capacité des groupes à s'orienter vers des changements sociaux pour remédier à l'impuissance de la communauté large, même si leur contribution et leur participation ont été inégales, en particulier sur la question du logement et du cadre de vie (Butterfoss, 2006 ; Fawcett et al., 1995 : Florin et al., 2000 ; Goodman et al., 1998). Face au risque, à partir de la fin de la phase expérimentale en 2011, de diluer la démarche de santé communautaire dans les schémas descendants de l'action publique, de nouvelles assemblées plénières ont été mises en œuvre en 2011, 2012 et 2013 afin de garder vivace ce champ psychologique où les différentes parties prenantes étaient interdépendantes. L'engagement des différents acteurs à rester ensemble au sein de différents espaces participatifs pérennisait la problématisation constante en impliquant les multiples secteurs et institutions sur la durée (Potvin & Richard, 2001 ; Roussos & Fawcett, 2000). Le maintien d'interactions répétées entre habitants, professionnels et institutionnels limitait le risque d'engager les habitants dans une dynamique participative et de co-construction de solutions sans que les acteurs et les institutions s'y impliquent ou soient en capacité de s'inclure davantage dans la démarche de changement social. En sortant du cadre expérimental initié de 2008 à 2011, la démarche de santé communautaire initiée sur les deux quartiers nécessitait d'être pensée comme pouvant s'intégrer dans des cadres préexistants de l'action publique locale. Des mécanismes de régulation ont pu cependant

s'installer en limitant certaines initiatives communautaires à une fonction de *« veille »* des problématiques sur le territoire[4], ou en réorganisant la prise de décision sans plusieurs acteurs et sans les habitants. En séparant davantage les dynamiques entre pairs et celles collaboratives entre professionnels, et en diminuant la participation des acteurs institutionnels qui avaient un pouvoir de décision, la dynamique communautaire pouvait être mieux évaluée et contrôlée (Haschar-Noé, 2020). Le conseil de citoyens a de fait centré son attention sur la représentation de la diversité des points de vue sur tout le territoire, et à développer davantage la mobilisation par la fonction de relais communautaire, dans l'espoir de garder un pouvoir d'influence en poursuivant la structuration d'un collectif ancré sur un territoire défavorisé (Maton & Salem, 1995). Deux notes de bilans et de recommandations ont été élaborées et diffusées en 2010 et 2012 par l'équipe d'évaluation en s'appuyant notamment sur les focus group et les entretiens réalisés. Elles ont servi de base pour discuter et projeter le déploiement de la démarche communautaire, en articulant son potentiel d'innovation, son implantation locale, et sa pérennisation (Grenier et al., 2017). Plusieurs éléments clés ont été soulignés : la participation de décideurs qui ont un pouvoir de décision dans les espaces participatifs, associer le travail communautaire et intersectoriel, définir une vision commune de la démarche de santé communautaire et préciser le niveau d'engagement attendu en développant une culture commune de la participation, mieux situer et rendre transparentes les marges de manœuvre institutionnelles sur les déterminants sociaux prioritaires. Le processus de définition des priorités dans le plan d'action 2011-2014 a jonglé entre la prise en compte des déterminants les plus sensibles diagnostiqués au sein de la

[4] Parmi les objectifs opérationnels de l'animation de la démarche communautaire dans le plan d'action 2011-2014, il était indiqué d'« *assurer une veille régulière sur les problématiques du territoire ainsi que sur les dispositifs et projets existants ».*

démarche communautaire, ceux identifiés au niveau local par la politique de la ville et les ASV, et la régulation institutionnelle opérée pour ne pas engager des dynamiques ascendantes et participatives qui dépassaient le niveau consultatif sur des déterminants sociaux à fort enjeu politique comme le logement et le cadre de vie. Bien que les actions entreprises par les habitants et les groupes de travail aient été reconnues et mieux reliées aux autres actions existantes sur le territoire, le manque de visibilité sur la gouvernance et les actions du programme *« La santé à Saint-Mauront Belle-de-Mai : on s'y met tous ! »*, associé à la diminution des espaces d'interactions avec les représentants institutionnels, ne permettaient plus d'asseoir la même interdépendance entre les acteurs. Si la pérennité financière avait été anticipée et assurée par la construction du plan d'action 2011-2014, elle n'engageait pas l'institutionnalisation de la démarche communautaire sur le long terme, ni l'engagement des différentes parties prenantes à intégrer dans leurs organisations et leurs pratiques professionnelles des fonctions et des cultures qui investissent la participation et la santé communautaire (Butterfoss & Francisco, 2004 ; Florin et al., 2000). La santé communautaire et la participation sont en effet loin d'être des modèles d'action diffusés et compris dans les cultures organisationnelles et professionnelles françaises (Blondiaux, 2004 ; Saïas, 2009 ; Shankland et al., 2009). La démarche communautaire initiée sur les quartiers Saint-Mauront et Belle de Mai a ainsi offert un cadre innovant inédit pour l'ensemble des parties prenantes d'expérimenter et d'apprendre des nouvelles façons de faire même si elles ont pu être limitées, dans leur développement, par une absence de repères sur la participation et le développement communautaire, axés sur le conflit ou le renforcement des capacités communautaires, inhibant de fait le développement de l'empowerment (Eisen, 1994 ; Maton, 2008 ; Minkler et al., 2012). L'expérience de la démarche communautaire a néanmoins créé

l'opportunité pour la politique de la ville, quelques années plus tard, de se montrer active dans la mise en œuvre de la loi dite de programmation pour la Ville et la Cohésion Urbaine du 21 février 2014. Elle a mis en place dix nouveaux conseils de citoyens sur des territoires jugés prioritaires de la politique de la ville. La démarche communautaire expérimentée et vécue sur les quartiers de Saint-Mauront et Belle de Mai a été appropriée sur le plan institutionnel, légitimant l'articulation d'une démarche ascendante et descendante pour créer l'expérience de l'interdépendance entre les différents acteurs. Pour Renaud et al. (1997), la phase d'appropriation est une étape intermédiaire entre l'implantation et l'institutionnalisation d'une organisation communautaire.

Un des enseignements de l'implantation du programme *« La santé à Saint-Mauront Belle-de-Mai on s'y met tous »* est ainsi de développer la culture de la participation au sein même des institutions, d'organiser des espaces de dialogue avec les habitants, les bénéficiaires et les autres secteurs, de créer une attention collective à l'intérieur même des organisations sur les problématiques d'inégalités sociales et sur les facteurs structurels qui composent une société donnée (Cavalieri & Almeida, 2018), jusqu'à élaborer des initiatives participatives où les organisations développent leur conscience critique et un pouvoir social avec les personnes (Peterson & Reid, 2003), sans réduire l'action communautaire à des groupes de pression. Toute la démarche ascendante s'est ainsi dessinée dans un champ psychologique où l'engagement de départ des institutions créait une dissonance avec leurs réelles marges de manœuvre, l'absence de réels cadres de référence sur la participation ou la santé communautaire, et leur pouvoir d'action dans leur propre organisation d'appartenance. La participation à la définition des problématiques a ainsi été vécue par une partie des représentants institutionnels comme la manifestation d'une demande, d'une colère qu'ils

n'étaient pas prêts à accueillir sur le plan émotionnel ou sur le plan coopératif pour construire avec les habitants les stratégies et les actions locales visant à améliorer la santé et le bien-être des familles. Ces éléments mettent en lumière l'aspect multiniveaux du processus d'empowerment, et en particulier comment, au niveau organisationnel, les structures et les institutions œuvrant au bien-être et à la santé des populations peuvent investir la dimension participative, des espaces d'interactions en groupe, des actions de prévention collectives et l'empowerment communautaire (Maton & Salem, 1995 ; Peterson & Reid, 2003 ; Speer & Hughey, 1995). Ce constat engage les organisations sociales, de santé, les institutions et les politiques opérationnelles françaises à investir la participation au-delà d'un niveau consultatif dans le lien aux citoyens (Bacqué & Mechmache, 2013 ; Bacqué & Sintomer, 2005), en s'appropriant des grilles de lecture sur la participation où les personnes peuvent investir de nouveaux rôles orientés vers la communauté large, mais aussi à visée de changement social (Lord & Hutchison, 1993 ; Maton & Salem, 1995), et où les personnes sont encouragées à avancer vers plus de contrôle sur ce qui est important pour elles (Rappaport, 1987 ; Zimmerman, 1990). Ces nouvelles façons de faire impliquent d'infléchir les cultures professionnelles et organisationnelles qui exercent un contrôle social où les personnes subissent des décisions prises alors qu'elles influencent directement leurs conditions d'existence et leurs possibilités d'action (Cavalieri & Almeida, 2018 ; Kleba & Wendausen, 2009 ; Labonté, 1994 ; Rothman et al., 2019 ; Vallerie & Le Bossé, 2006).

Chapitre 3. Etude de cas multiple sur quatre CHRS à Marseille

1. Description de l'intervention

Depuis 2005, à Marseille, l'action *« Santé et Citoyenneté en direction des résidents des centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) »* propose une démarche participative qui implique les différents acteurs (équipes et direction des CHRS, résidents, professionnels extérieurs) et se concrétise par des ateliers collectifs avec les usagers, les ateliers *« Santé Citoyenneté »* (Tiffou & Lardillon, 2010). Dispositif parmi les plus anciens en France dans le champ de l'insertion, l'origine des CHRS date de la loi du 13 avril 1946 avec la fermeture des maisons closes et le développement de centre de reclassement des femmes se livrant à la prostitution en vue de leur rééducation et de leur normalisation pour *« contribuer à la moralisation des conduites sociales dans le désordre d'après-guerre »* (Bregeon, 2009). S'ouvrant peu à peu à d'autres publics catégorisés comme marginaux comme *« les personnes libérées de prison »*, *« les vagabonds »*, ou *« les indigents sortant d'un établissement de soins ou de cure »* (Décret du 29 novembre 1953), puis plus largement en 1974 aux personnes et aux familles dont les ressources sont insuffisantes, leurs objectifs se sont construits autour de la réadaptation sociale et de l'insertion par le travail. Les CHRS ont pour mission d'héberger et d'accompagner des personnes ou des familles connaissant de graves difficultés, notamment économiques, familiales, de logement, de santé ou d'insertion, en vue de les aider à accéder ou à retrouver leur autonomie personnelle et sociale (Mainaud, 2012). L'action *« Santé et Citoyenneté »* a été construite en réponse aux besoins exprimés par des résidents de CHRS à l'occasion d'une consultation des habitants du centre-ville de Marseille en 2004

pour l'Atelier Santé Ville Marseille Centre. Les résidents manifestaient un manque d'information sur l'accès aux droits et aux soins, un fort sentiment d'isolement, et soulignaient les répercussions de l'organisation interne de la structure sur leur qualité de vie et leur santé. Face à ces constats, l'action *« Santé et Citoyenneté en direction des résidents des centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) »* consistait à organiser et animer dix ateliers collectifs au cours desquels les résidents étaient invités à exprimer leurs savoirs, difficultés et questionnements sur les thèmes de la santé et de la citoyenneté (cf. annexe 9). Ces espaces d'expression individuelle et collectifs cherchaient à reconnaître le savoir de chacun, à faciliter l'expression des difficultés et des questionnements sur les questions de santé et de ses déterminants (logement, accès aux droits, gestion du stress par exemple). L'action visait à assurer la disponibilité des ressources par la mobilisation de professionnels du secteur sanitaire, social ou juridique sur les priorités auxquelles les personnes souhaitaient exercer un plus grand contrôle (le surendettement, la place des religions, comment manger équilibré avec un petit budget, les expériences de discrimination). Plusieurs indices de résultats d'empowerment avaient déjà pu être identifiés dans une précédente étude d'un point de vue psychologique et comportemental (Lord & Hutchison, 1993 ; Kieffer, 1984 ; Zimmerman 1995) : les résidents ont notamment pu développer leur estime d'eux-mêmes et des compétences participatives, acquérir de nouvelles connaissances en matière de santé et d'accès aux droits, et une plus grande autonomie dans les contacts avec les dispositifs extérieurs et dans les espaces communautaires (Vincent, 2011).

2. Objectifs de l'étude

De manière générale sur le plan international, et particulièrement en France où les approches et les recherches autour de l'empowerment sont peu développées, les études se sont principalement concentrées sur les résultats alors que la compréhension du processus à partir de travaux empiriques et la clarification du concept sont nécessaires pour affiner le cadre théorique et pratique du développement de l'empowerment dans différents contextes sociaux (Cavalieri & Almeida, 2018 ; Hur, 2006 ; Lord & Hutchison, 1993; Maton, 2008 ; Zimmerman 1995). La recherche présentée dans cette partie propose ainsi de mieux comprendre, identifier, et modéliser les différents éléments qui constituaient le processus d'empowerment en œuvre dans les ateliers *« Santé Citoyenneté »*. L'objectif de cette étude est donc d'analyser l'agencement des différents éléments clés du processus participatif de l'action, et d'analyser la dynamique de ce processus sous l'angle de l'empowerment. Il s'agit sur le plan théorique, comme le soulignent Kleba et Wendausen (2009) dans leur analyse conceptuelle et opérationnelle du concept, de comprendre comment les personnes impliquées dans le processus participatif des ateliers ont développé un pouvoir. Le déroulement des ateliers *« Santé Citoyenneté »* offre en effet l'opportunité d'une compréhension très fine de l'initialisation du processus d'empowerment au travers d'une dynamique de groupe qui implique tout autant les résidents que les professionnels au sein de cultures organisationnelles et professionnelles pourtant peu habilitantes en France (Carrel & Rosenberg, 2014).

3. Méthode

3.1. La collecte de données

Une étude de cas multiple sur quatre CHRS a ainsi été réalisée sur les années 2011 et 2012 (Alexandre, 2013 ; Stake, 2006). Les études de cas dans des contextes multiples permettent d'appréhender la complexité des interventions et d'explorer de nombreux éléments d'intérêt (Yin, 1994). Une première phase immersive d'exploration a été réalisée selon la perspective inductive de Eisenhardt (1989) qui préconise d'identifier sur le terrain les dimensions les plus pertinentes à observer sans formulation d'hypothèses à priori. Cette première phase exploratoire a été opérée par observations directes (Arborio & Fournier, 2021) dans plusieurs ateliers réalisés sur les quatre CHRS et a permis d'identifier une première proposition théorique de la structure du processus participatif de l'action. A ce stade, il était en particulier apparu nécessaire d'explorer le processus participatif de l'action tout autant chez les résidents que chez les professionnels (cf. annexe 10). Une deuxième phase d'observations participantes (Lapassade, 2016) plus systématique des interactions sociales a ensuite été réalisée sur douze ateliers avec les résidents et les professionnels extérieurs intervenants. Douze temps de travail entre l'animatrice de l'action et les professionnels des CHRS pour préparer puis analyser la mise en œuvre de la dynamique participative ont également été observés afin de saisir les pratiques et logiques professionnelles autour de la participation mise en œuvre. Les données ont été collectées sous forme de notes à partir des verbatims des différents acteurs. Cette immersion a été complétée par des données secondaires qui permettent de rechercher les données convergentes provenant de différentes sources (Yin, 2009) : ensemble des comptes

rendus des ateliers réalisés par l'animatrice, ainsi que les temps de travail préparatoires avec les professionnels, un rapport d'évaluation sur l'action réalisé en 2007 par un consultant extérieur, deux chapitres d'ouvrage produits sur l'action (Tiffou, & Lardillon, 2010 ; Vincent, 2011), et des entretiens complémentaires avec les professionnels (non enregistrés). Afin d'assurer la validité des observations et du codage, seize temps de travail réflexifs ont été organisés avec l'animatrice de l'action de manière concomitante au recueil des données (Alexandre, 2013 ; Mukamurera et al., 2008 ; Stake, 2006). Cette deuxième phase d'exécution systématique des procédures de collecte de données par observations en croisant différentes sources de données permettait de saisir tous les aspects potentiellement pertinents du processus participatif, « *de vérifier l'exactitude et la stabilité des observations »* (Apostolidis, 2006), et d'augmenter l'adéquation des premières modélisations théoriques produites par rapport au terrain (Corbin & Strauss, 1990). Toutes les parties engagées étaient informées du volet recherche de l'action, consentant volontairement à être observées avec prise de notes. A chaque atelier ou réunion observé, les usagers et les professionnels étaient informés de la présence du chercheur et de son rôle. Aucune donnée individuelle et nominative n'a été recueillie ni traitée dans cette étude.

3.2. L'analyse des données

L'ensemble du matériel des observations a été codé pour chaque CHRS sous la forme de plusieurs ensembles de thèmes (Bardin, 2013 ; Paillé et Mucchielli, 2016) en séparant les éléments du processus participatif de l'action en jeu chez les résidents et ceux au niveau des professionnels. Une analyse sur les quatre structures a ensuite été réalisée en recoupant,

comparant et recomposant les éléments des différents cas (Yin, 2009), et en y associant les données secondaires pour caractériser et agencer les thèmes. Une sélection des éléments communs les plus fréquents aux différents CHRS investigués a été effectuée.

L'analyse des données s'est ensuite poursuivie en utilisant la catégorisation de Bidart et al. (2012) qui permettait une analyse du processus participatif observé autour de quatre dimensions regroupant les éléments clés identifiés : les éléments influant du contexte (institutionnel, organisationnel, réglementaire, sociétal), les séquences dans le temps soit une configuration spécifique de plusieurs éléments clés, les moteurs d'évolution du processus qui font évoluer les séquences et génèrent des changements, et les bifurcations c'est à dire les changements de direction du processus et de la configuration des séquences. Cette catégorisation permet de prendre en compte la complexité et la dynamique du processus psychologique et social d'empowerment en privilégiant une analyse séquentielle qui intègre le contexte et les dynamiques de changement à l'intérieur même du processus.

Enfin, une dernière opération d'analyse a cherché, en s'inspirant des perspectives de Corbin et Strauss (1990), à conceptualiser progressivement tout au long des différentes phases de collecte de données les différents éléments qui constituaient le processus participatif en œuvre dans les ateliers *« Santé Citoyenneté »*. L'enracinement des éléments catégorisés avec ceux qui composent le processus d'empowerment issus de la littérature et décrits dans le cadre théorique assurent une solidité des résultats présentés qui permet de comprendre et d'expliquer la dynamique du processus participatif et d'empowerment dans les ateliers *« Santé Citoyenneté »* (Alexandre, 2013 ; Yin, 2009).

4. Résultats

4.1. Le contexte : des publics marqués par l'inactivité et l'isolement social

Les CHRS 1 et 2 accueillaient un public exclusivement féminin et marqué par l'absence de possibilité de logement autonome. 82,6% des femmes participant aux ateliers étaient sans emploi ni formation. Plus de deux tiers des résidentes avaient plus de 35 ans dans le CHRS 1, et entre 18 et 21 ans pour le CHRS 2. Les CHRS 3 et 4 accueillaient un public majoritairement masculin et âgé entre 18 et 25 ans, 55% étaient sans activité ni formation. Seuls les ateliers au sein du CHRS 4 présentaient une part équivalente d'hommes et de femmes, qui rencontraient les mêmes difficultés d'insertion sociale (cf. tableau 5). Sur l'ensemble des quatre CHRS, les résidents étaient marqués par un sentiment d'isolement social et peu de liens sociaux développés dans la structure : « *ici, on ne se croise pas » ; « on n'a pas envie de se confronter avec d'autres ayant les mêmes problèmes »*. Ce sentiment est renforcé par un isolement conjoncturel au sein de la société lié aux trajectoires des publics : perte ou fuite du logement, rupture familiale, précarité administrative et absence de revenu, éloignement de l'emploi.

Tableau 5. Caractéristiques des résidents participant et thèmes abordés dans les ateliers des 4 CHRS

		CHRS 1	CHRS 2	CHRS 3	CHRS 4
Caractéristiques des résidents participant aux ateliers		- 27 participantes - 3 à 17 personnes par atelier (7 personnes en moyenne par atelier) - 100% de femmes	- 39 participantes - 5 à 11 personnes par atelier (7 personnes en moyenne par atelier) - 100% de femmes	- 44 participants - 10 à 18 personnes (13 personnes en moyenne par atelier) - 95% d'homme	- 27 participantes - 6 à 10 personnes par atelier (8 personnes en moyenne) - 50% de femmes - 50% d'hommes
Thèmes des ateliers	**Santé** *Développer ses ressources internes et externes favorables à sa santé*	- Bilan de santé gratuit - Alimentation et budget - Gestion du stress	- Bilan de santé gratuit - Alimentation équilibrée	- Gestion du stress - Alimentation et budget	- Bilan de santé gratuit - Alimentation et budget - Sexualité, IST et relations hommes / femmes
	Citoyenneté *Accès aux droits et droit au bien-être*	- Accès au logement autonome - Accès à l'emploi - Accès aux droits de santé - Le Conseil de la vie sociale - Le surendettement	- Accès au logement autonome - Accès aux structures d'hébergement - Accès à l'emploi - La vie en collectivité	- Accès au logement - Violences policières illégitimes - Les discriminations - Médias et opinion - Religions et société	- Accès au logement autonome - Accès aux droits de santé - Les discriminations - Religions et société - Enjeux des élections et vote

4.2. Les différentes séquences du processus participatif dans les ateliers

L'analyse du processus participatif de l'action *« Santé et Citoyenneté en direction des résidents des centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) »* et sa lecture en termes d'empowerment permet d'identifier quatre grandes séquences (cf. tableau 6). Les différents éléments clés identifiés dans ce processus sont, chez les résidents, le droit à la parole sur leurs priorités en s'exprimant pour soi et dans le groupe, la perception de nouvelles possibilités en

développant de nouveaux savoirs, compétences et ressources avec les professionnels extérieurs, la conscientisation par l'analyse en groupe de leur rapport au monde et de leurs croyances, le développement d'une dynamique communautaire et de la citoyenneté. Une des originalités de cette étude est d'avoir également relevé plusieurs éléments clés chez les professionnels accompagnant les résidents au sein des CHRS : la prise en compte des cultures professionnelles et organisationnelles sur la participation, l'implication des professionnels internes des CHRS dans le processus participatif, les significations qu'ils ont construites sur la participation dans l'expérience des ateliers, et l'appropriation de la démarche participative des ateliers par les professionnels et la structure.

Tableau 6. Analyse du processus participatif de l'action et développement de l'empowerment

	Les séquences du processus participatif des ateliers	Eléments clés du processus participatif dans les ateliers	Résultats en termes d'empowerment	Fonctions des éléments du processus pour développer l'empowerment
Entrée dans le processus	Cultures professionnelles et organisationnelles	Réflexion critique des professionnels sur la participation avec les résidents	Construction initiale entre professionnels d'une vision commune sur la participation	S'interroger sur leur rôle, leurs pratiques et leurs représentations de la participation
	Droit à la parole : expression de soi et dans le groupe des résidents	Création d'un espace relationnel ressource et sécurisant	Expérience de relations interpersonnelles attentionnées et source de partages	Permettre aux résidents d'être en lien et de rompre avec leur sentiment d'isolement
		Mise en place d'un cadre d'expression centré sur leurs préoccupations	Développement de compétences d'expression et de participation des résidents	S'exprimer librement sur leurs priorités les plus sensibles à propos de leur santé et de leur bien-être
		Construction d'une demande par le groupe de résidents	Sentiment d'être acteur de leur bien-être et engagement envers soi et le groupe	Les priorités et les déterminants du bien-être des résidents sont reconnus, ils peuvent s'y engager
Perception de nouvelles possibilités	Nouveaux savoirs et regards sur les problématiques ciblées	Exploration des thèmes prioritaires et partage de vécus similaires	Elargissement du regard sur les problématiques, identification à des problématiques communes vécues	S'enrichir des visions des autres et s'ouvrir à des alternatives de pensées
		Interactions riches entre les résidents et avec les professionnels extérieurs	Nouvelles formes d'interaction entre les résidents et les professionnels extérieurs, perception de nouvelles opportunités et ressources extérieures	Expérimenter directement la création de relations non oppressantes qui développent la participation, et rompt avec l'impuissance
	Co-apprentissage de connaissances et de ressources	Co-apprentissage de connaissances et de ressources entre résidents et avec les professionnels extérieurs	Développement de connaissances (en particulier sur les ressources extérieures/opportunités dans l'environnement) et renforcement de compétences	Dynamique de groupe où les résidents partagent leurs connaissances, leurs savoir-faire, leurs réflexions sur les situations vécues et exprimées
Appropriation de la démarche participative par les professionnels	Implication des professionnels des CHRS dans le processus participatif	Participation des professionnels internes au CHRS aux ateliers participatifs avec les résidents	Création des relations d'interdépendance et non asymétriques avec les résidents.	Reconnaissance de la demande des résidents et de leurs aspirations
	Sens/significations construit(es) par les professionnels dans l'expérience de l'approche participative	Construction de sens sur la participation, la citoyenneté et l'autonomie des résidents	Développement et affirmation des croyances favorables à la participation avec les résidents	Les professionnels expérimentent le groupe et investissent le collectif comme le lieu de développement de connaissances, de compétences, de partage de ressources et comme un espace permettant de développer la réflexion et l'action critique
	Evolution des pratiques et des paradigmes d'intervention habituels	Engagement dans des dynamiques collectives avec les résidents	Acquisition de compétences sur l'approche participative, développement d'espaces collectifs participatifs et d'alliances avec les professionnels extérieurs	L'équipe réfléchit en dehors des ateliers à la demande et saisissent l'opportunité de travailler collectivement sur des objectifs communs avec les résidents
Conscientisation & participation communautaire	L'analyse des résidents en groupe de leur rapport au monde et des problématiques ciblées	Développement de la réflexion critique sur les thèmes qui relèvent des inégalités sociales	Réinterprétation de leurs expériences vécues et de leur rapport au monde	Meilleure compréhension des déterminants sociaux de leur santé et de leur bien-être et des possibilités de les influencer
		Installation d'une dynamique intra-groupe et d'un sentiment d'appartenance	Nouveaux liens sociaux développés entre les résidents, réduction de l'isolement social	Investissement du groupe, partage d'intérêts communs face aux problématiques ciblées
	Le développement d'une dynamique communautaire et de la citoyenneté	Emergence de leaderships incarnés par des personnes ou organisés autour d'un noyau dur (3 à 5 résidents)	Enrôlement d'autres résidents, incitation à s'organiser en communauté	Inspirer les autres résidents, soutiens multiples pour les membres du groupe
		Développement d'objectifs communs	Développement d'une capacité collective à agir et d'un engagement civique/ d'un sens de la citoyenneté	Passage d'un pouvoir personnel et relationnel à un pouvoir collectif

1. L'entrée dans le processus participatif

a. Réflexion critique des professionnels sur la participation

La première étape de l'action *« Santé Citoyenneté »* est de co-construire l'approche participative avec la structure partie prenante de la mise en œuvre de l'action. Une réflexion critique est ainsi initiée sur la participation des usagers concernant l'expression, la capacité à débattre, à échanger et à interagir (« *le développement de l'écoute de l'autre » ; « être en capacité d'échanger »*), une meilleure compréhension et connaissance des sujets, du système et de ses droits (*« avoir une meilleure connaissance du système pour en devenir actrice »*), l'implication des usagers dans la structure *(« implication dans la vie du foyer » ; « être force de propositions » ; « rendre acteurs, moteurs, actifs »*), l'émergence de nouveaux sujets ou demandes.

b. Mise en place du cadre d'expression lors des premiers ateliers

Les deux premiers ateliers avec les résidents permettent d'installer un climat relationnel favorable à l'expression de leurs priorités. Les interactions sont animées dans un rapport d'égal à égal entre résidents et avec les professionnels internes des structures. L'animatrice veille au respect des règles de parole et d'écoute (ni jugement, ni évaluation) et reconnaît le savoir de chacun : *« on nous donne la parole, on s'exprime librement ».* Petit à petit les résidents expriment des discours sensibles comme les difficultés à vivre en collectivité en CHRS. Les ateliers permettent aux résidents de mettre en mots leurs vécus sur les questions de santé, d'accès aux droits, ou de société.

2. La perception de nouvelles possibilités

c. Partage entre résidents et interactions riches avec les professionnels extérieurs

Les résidents partagent et échangent leurs connaissances, ressources et savoir-faire. Chaque thème priorisé entraine la recherche de professionnels experts au sein du réseau de partenaires locaux. Ils sont choisis pour leur savoir-être, leurs compétences dans leur domaine (exemples : les procédures d'accès au logement, l'accès aux droits de santé) ainsi que la proximité de leur lieu de travail avec celui du centre d'hébergement. Ils échangent dans les ateliers avec les résidents dans un rapport d'égal à égal en s'appuyant sur les savoirs et ressources déjà là de ces derniers. Les résidents osent exprimer leurs préoccupations sur les sujets choisis : « *Cette action, par rapport à ce qu'on fait nous, c'est l'apport de ceux qui savent, des gens de l'extérieur experts, qui ont la parole du pro. (…) Les jeunes se sentent valorisés que des "experts" viennent pour eux, leur parler de sujets qu'ils ont choisis »*.

3. Appropriation de la démarche participative par les professionnels

d. Participation des professionnels des CHRS aux ateliers et construction de sens sur la participation

Certains professionnels internes au CHRS qui participent aux ateliers voient dans l'expérience de l'approche participative un *« espace pour pouvoir se livrer sans aucune pression (…), sans juger, sans analyser », « un espace pour exprimer ses difficultés »*. Ils perçoivent une plus-value de la méthodologie et de l'approche participative : *« l'animatrice des ateliers est sur l'écoute et cela valorise les personnes » ; « les sujets, ce sont eux qui les décident (…) ça n'a rien à voir*

à quand c'est nous qui les décidons (…) même si au final ce sont les mêmes » ; « ça fait travailler l'engagement des jeunes ». Par leur participation, ces professionnels ont construit ou enrichi leurs significations sur la participation, la citoyenneté et l'autonomie des résidents *« pour moi, l'approche participative, c'est permettre aux jeunes d'être acteur, leur donner les outils pour qu'ils mettent en place…qu'ils soient autonomes au sein de la structure ».*

e. Evolution des pratiques et paradigmes d'intervention habituels

Les professionnels des CHRS qui se sont impliqués dans le processus participatif et qui y ont construit du sens se sont engagés dans des dynamiques collectives avec les résidents autour des priorités de ces derniers, de leurs demandes et en investissant des objectifs communs. Ils peuvent ainsi développer les espaces collectifs dans la structure, réaliser de nouveaux ateliers où l'équipe réfléchissait elle-même aux professionnels extérieurs à solliciter, et développer la participation dans les actions et dispositifs déjà mis en place dans la résidence comme le Conseil de la vie sociale : *« on a changé notre discours (…) ça nous a amené et poussé à plus investir la participation, dans les lieux d'animation » ; « l'un des résidents a pris des responsabilités au sein du Conseil de la vie sociale ».*

4. Conscientisation et participation communautaire

f. Réflexion critique sur les thèmes qui relèvent des inégalités sociales et dynamique intra-groupe

Au sein des CHRS 3 et 4, des réflexions collectives se mettent en place sur les thèmes de société (exemples : les religions, les élections, les relations hommes /femmes, la prévention

et la lutte contre les discriminations) ouvrant à un processus de conscientisation de la façon dont est organisée la société et ce qu'elle génère comme inégalités. Les résidents partagent leurs vécus, leurs croyances, s'écoutent et développent une compréhension commune et des intérêts communs face aux problématiques. Ils prennent conscience qu'ils ne sont pas seuls à vivre les difficultés sociales qu'ils rencontrent et développent un sentiment d'appartenance au groupe : « *chacun a ses problèmes, mais finalement ce sont les mêmes pour tous… » ; « tant que tu n'as pas de travail, tu n'es rien, personne. Là ça nous met en confiance de se voir dans les autres cas, qui sont comme nous »*. Ils deviennent plus à l'aise pour exprimer leurs points de vue et leurs questions sur ces sujets, ils s'autorisent à regarder la réalité différemment sur ce qu'ils vivent au quotidien notamment sur des situations d'injustice ou d'oppression *« en raison de leur origine ou de leur genre et qui se manifeste notamment dans l'accès à l'emploi, en cours d'emploi ou dans les relations avec la Police »* (Compte-rendu de l'animatrice sur le CHRS 3).

g. Le leadership collectif de résidents

Contrairement au CHRS 1 et 2 où la dynamique participative a été essentiellement portée et encouragée par un seul résident, un noyau dur de résidents (3 à 8) s'est constitué dans la durée sur les CHRS 3 et 4. Ce noyau dur s'approprie certaines thématiques en dehors des ateliers (sur les discriminations ou la vie en collectivité par exemple), permet d'enrôler d'autres résidents dans la dynamique participative, et formulent des propositions aux professionnels internes au CHRS dans ou en dehors des ateliers : *« faire une démarche ascendante où les jeunes sont force de proposition »* (Professionnel interne).

Pour illustrer le processus participatif des ateliers *« Santé Citoyenneté »*, un récit narratif d'un des CHRS est présenté ci-après.

Récit narratif de la mise en œuvre de l'action sur le CHRS n° 3

La structure accueille un public de jeunes, majoritairement masculin dont les trajectoires de vie sont ancrées sur des ruptures familiales et /ou avec le pays d'origine, et dont l'inscription sociale est marquée par le sentiment d'exclusion et de stigmatisation.

L'action a été amorcée suite au besoin perçu par la structure d'aborder le thème de la santé de façon différente avec les résidents. Quatre temps d'échanges ont été réalisés autour de l'approche participative de l'action et de sa mise en œuvre avec les professionnels et les responsables de la structure desquels a émergé le souhait d'« *améliorer les pratiques »* sur l'accompagnement des résidents en travaillant *« d'une autre manière »* et *« en cohérence avec les attentes et questions du public ».* Une éducatrice en particulier a finalement été mobilisée tout au long de l'action et avait *« déjà travaillé sur la participation »*, constatant à regret le moindre investissement de la structure dans l'objet participatif : *« ce qui est dommage, c'est que les collègues éducatrices/éducateurs présents aux réunions préparatoires ne se sont pas appropriés l'action », « la structure en elle-même n'a pas d'attente particulière, ni par rapport aux jeunes, ni par rapport aux modalités de mise en place de ce type d'action ».*

Neuf ateliers ont été menés par l'animatrice des ateliers *« Santé Citoyenneté »* avec les résidents et la participation de l'éducatrice impliquée ainsi que onze professionnels extérieurs ressources. Lors du premier atelier, plusieurs sujets préoccupaient les jeunes hommes : les situations de discrimination, les violences policières, le rôle d'un avocat. Les ateliers 2 et 3 sont ainsi l'occasion pour les participants d'échanger sur les situations de discriminations qu'ils vivaient et de poser des questions avec un professionnel de l'observatoire des violences policières illégitimes qui attestent l'existence de ces faits de violence au travers de rapports publiés[5], et qui relate les évolutions des organisations et des politiques policières (disparition

[5] Rapport annuel de la Commission nationale de déontologie de la sécurité (CNDS), 2010. Page 41. https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/cnds_ra_2010.pdf

de la police de proximité, fixation d'objectifs aux policiers). Ces espaces de participation permettent de créer un sentiment de reconnaissance sociale et d'appartenance à la société : *« Nous, on n'est personne. Là, des gens sont venus nous parler de ce qu'on avait demandé, on est devenu quelqu'un, normal, quoi."* (Paroles d'un résident).

Après ce 3ème atelier, les résidents ont éprouvé des difficultés à mettre en mots d'autres sujets de préoccupations sur leur santé et leur citoyenneté. Une liste de thèmes abordés lors de cycles d'ateliers sur d'autres CHRS a ainsi été distribuée dans la résidence à l'occasion des réunions de sensibilisation sur le Conseil de la vie sociale, en les incitant à se positionner sur plusieurs thèmes ou à en proposer d'autres sur leur santé (physique, psychologique, alimentation, sexualité), leurs droits (accès aux droits, législation, dispositifs sociaux d'aide), et leur citoyenneté (la place des religions, enjeux des élections). Cette démarche incitative a eu pour effet chez les résidents de se sentir écoutés et de les impliquer : *"j'ai été surpris qu'on tienne compte de ça"*. Les ateliers suivants ont ainsi abordé l'utilisation des dispositifs d'aide d'accès au logement, le rôle des médias dans la construction de l'opinion, la place des religions dans notre société, la gestion du stress et l'estime de soi, comment manger équilibré avec un petit budget.

Sur deux autres ateliers, les résidents ont ainsi pu recevoir des conseils pratiques et être écoutés par des professionnels extérieurs ressources sur les étapes formelles et informelles dans les dispositifs d'aide d'accès au logement (avec une responsable d'association d'aide au logement), et sur le fait de manger équilibré avec un petit budget (avec une médecin de prévention d'un centre de santé). A l'issue de cet atelier, plusieurs participants ont demandé à leur référent social de prendre rendez-vous avec le centre de bilan de santé. Pour l'éducatrice de la structure, les jeunes se sont sentis valorisés que *« des experts viennent pour eux, leur parler de sujets qu'ils ont choisi ».* Au fil du temps, ils ont investi les ateliers en posant de plus en plus de questions, en prenant davantage la parole et en faisant part de leurs points de vue sur les sujets abordés. L'atelier sur le logement a suscité par exemple beaucoup de questions de la part des résidents. Les ateliers sur le rôle des médias dans l'opinion (médiatisation de certains faits, connivence entre le monde politique et le monde médiatique, les sondages et l'élection présidentielle) et la place des religions dans la société (différences et points communs entre les religions) ont été l'occasion de nombreux échanges, prises de

parole et de réflexions en groupe qui ont permis comme l'exprimait un résident de *« s'ouvrir à des sujets auxquels on ne pense pas à se renseigner ou à échanger son point de vue ».* Enfin, un dernier atelier intitulé *« comment gérer son stress ? »* a permis de repérer les périodes de la vie au cours desquelles les personnes sont plus vulnérables au stress (changement d'environnement, isolement), d'échanger sur leur vécu de situations stressantes lors d'une recherche d'emploi et de démarches administratives, et de mettre des mots sur leur façon de faire face à ces situations (doutes sur soi-même et mésestime de soi liées aux périodes d'inactivé, usage de drogues, prise de recul sur les attentes de la société).

Lors du dernier atelier de bilan avec les résidents, ils ont en particulier évoqué, sur ce que les ateliers leur avaient apporté, le fait d'avoir pu parler et s'exprimer librement, d'échanger avec différents intervenants extérieurs et *« d'apprendre beaucoup de choses que je ne connaissais pas », « ça fait du bien »*. Ces espaces de participation ont également été vécus comme l'expérience d'un sentiment d'existence sociale : *"Des fois on se sent seul…là (aux ateliers), on existe."*

Lors du bilan final avec les professionnels de la structure, ces derniers ont ainsi relevé que la plupart des thèmes n'avaient jamais été traités auparavant et que la prise de parole s'était libérée chez les jeunes tout comme leur capacité à débattre et à interagir collectivement. Pour autant, l'ensemble du personnel s'est peu impliqué dans le déroulement de l'action malgré le relais de l'éducatrice qui a porté le projet dans la structure : « *je crois qu'elles n'ont pas trop le temps de s'en occuper, trop de travail, un rythme de boulot décalé, et puis aussi, le collectif, c'est pas leur truc, manque d'habitude ».*

4.3. La dynamique du processus participatif et d'empowerment

La figure 15 rend compte de la dynamique du processus participatif et de développement de l'empowerment. Six moteurs et bifurcations permettent de rendre intelligible la dynamique de changement à l'intérieur du processus : la réflexion critique des professionnels sur la participation, la construction d'une demande par le groupe de résidents, l'implication des professionnels des CHRS dans les ateliers, le fait qu'ils construisent du sens sur la participation, la réflexion critique des résidents sur les inégalités sociales, et l'émergence d'un leadership collectif porté par un noyau dur de résidents.

Un premier objectif fort et moteur était de travailler au préalable avec les professionnels sur leurs représentations de la participation des résidents. A la fin de ce temps de co-construction et de réflexion critique, une vision commune était partagée dans chaque CHRS sur le sens initial de cette démarche participative : *« on travaille moins sur les manques et davantage sur les potentialités », « c'est un espace d'expression ».*

Afin de favoriser au mieux la parole des résidents sur leurs principales préoccupations pour leur bien-être et leur santé, l'animatrice des ateliers instaure un espace relationnel ressource et sécurisant. Progressivement, le groupe exprime et partage ses aspirations, priorités, et injustices pour aboutir à un deuxième élément moteur du processus participatif : la construction d'une demande commune portée par le groupe sur différents déterminants de leur santé et de leur bien-être.

Les ateliers suivants explorent ces thèmes et déterminants prioritaires. Les résidents partagent leurs expériences similaires. Les professionnels extérieurs partenaires échangent

avec le groupe sur les connaissances disponibles et les ressources extérieures à la résidence, en s'appuyant sur les savoirs et les ressources déjà-là des résidents.

La participation des professionnels des CHRS dans les ateliers est un autre élément moteur du processus pour prendre en compte la demande du groupe, les connaissances et les ressources partagées. Cet élément moteur entraine la première bifurcation dans le processus participatif des ateliers : les professionnels qui s'impliquent dans les ateliers et le déroulement de l'action vont, par l'expérience relationnelle avec les résidents, construire du sens sur la participation. Les professionnels qui ne participent que peu ou pas aux ateliers ne construisent pas de significations sur la participation. Les professionnels des CHRS 3 et 4 qui ont activement participé aux ateliers ont ainsi pu expérimenter des interactions moins asymétriques, plus égalitaires, et interdépendantes avec les résidents. Ils sont plus à même de s'approprier la démarche participative et de reconnaître la demande et les aspirations des résidents *: « vient le temps de la co-construction du sens que l'on donne aux notions de santé, de citoyenneté,* de *bien-être » ; « pour moi, l'approche participative, c'est permettre aux jeunes d'être acteurs, leur donner les outils pour qu'ils mettent en place…qu'ils soient autonomes au sein de la structure »* (Professionnels internes d'un CHRS).

En revanche les professionnels des CHRS 1 et 2 ayant moins participé aux ateliers n'ont pas expérimenté cet espace relationnel et n'ont pas pu construire du sens sur la participation, la citoyenneté et l'autonomie des résidents. Le développement de l'empowerment reste essentiellement centré au niveau intrapersonnel et interactionnel.

Sur les CHRS 3 et 4, la dynamique de groupe entre résidents et la dynamique interactionnelle entre résidents et professionnels des CHRS permettent d'engager une réflexion critique sur des sujets sensibles de leur quotidien, comme les situations de discriminations, de violences

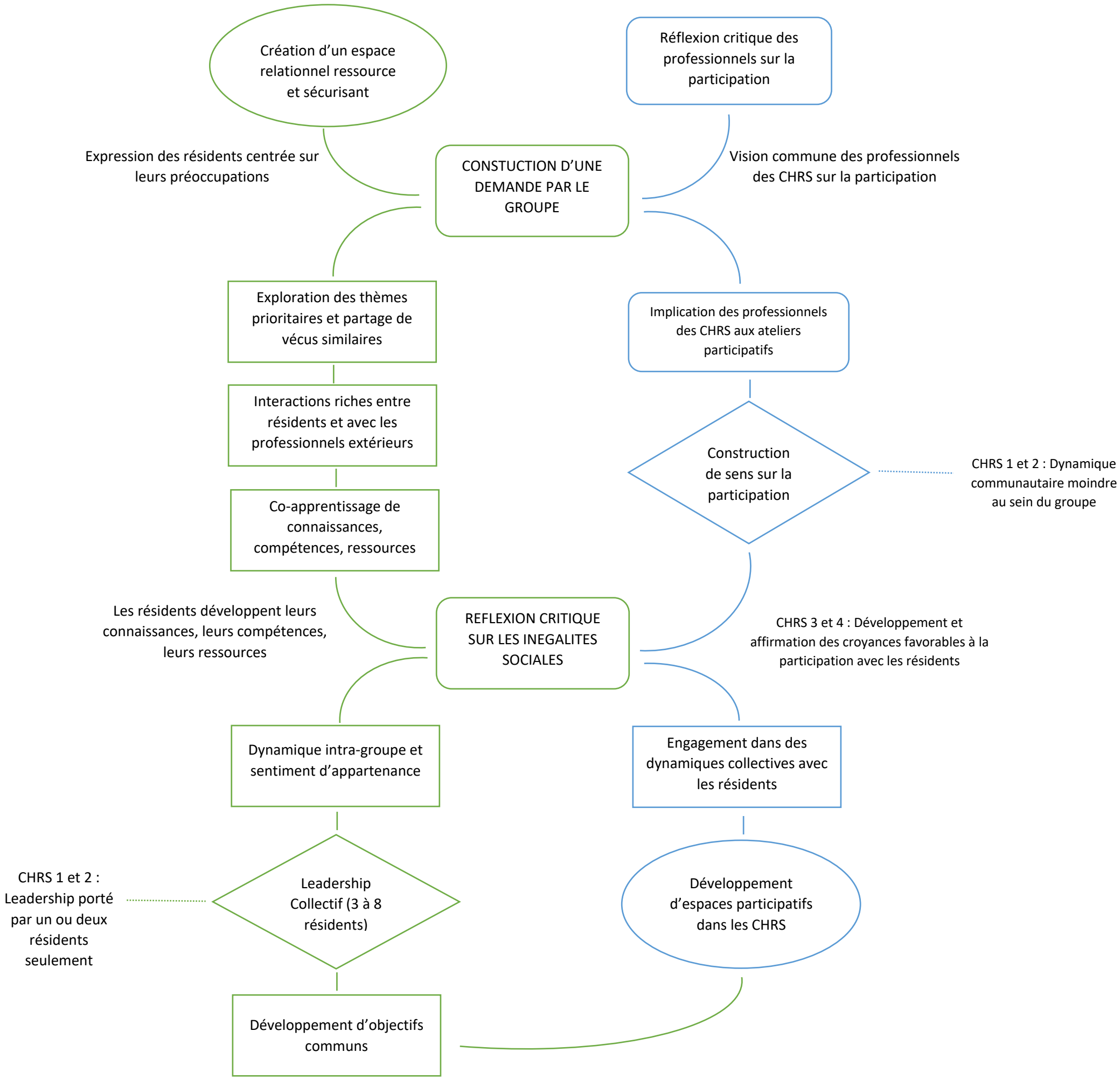
policières illégitimes, ou les inégalités d'accès aux droits. Ils investissent l'espace du groupe, y développent un sentiment d'appartenance par le partage d'intérêts et de vécus communs face aux problématiques.

Une deuxième bifurcation opère ensuite dans le processus participatif de l'action. La conscientisation dans le groupe a permis de développer un leadership porté par un noyau dur de résidents sur le CHRS 3 et plus encore sur le CHRS 4. Ce leadership collectif encourage la participation, le dialogue, le soutien et oriente la dynamique du processus vers une mobilisation et une prise de pouvoir à l'échelle collective.

Cette dynamique communautaire s'est traduite par le développement d'objectifs communs sur des problématiques sociales et des questions citoyennes comme les discriminations. Sur le CHRS 4 notamment, les résidents ont pris conscience d'une capacité collective à agir et ont entrepris des actions collectives avec les professionnels internes au CHRS : *« ils s'organisent plus pour construire eux-mêmes leurs trucs » ; « on a construit avec les résidents concernés une lettre pour la Haute autorité de lutte contre les discriminations et pour l'égalité (Halde) ».*

Les professionnels des CHRS qui se sont impliqués dans le processus participatif et qui y ont construit du sens se sont engagés dans des dynamiques collectives avec les résidents autour de leurs priorités, leurs demandes et les objectifs communs. Ils peuvent ainsi développer les espaces collectifs dans la structure, réaliser de nouveaux ateliers où l'équipe réfléchissait elle-même aux professionnels extérieurs à solliciter, et développer la participation dans les actions et dispositifs déjà mis en place dans la résidence comme le Conseil de la vie sociale : *« on a changé notre discours (…) ça nous a amené et poussé à plus investir la participation, dans les lieux d'animation » ; « l'un des résidents a pris des responsabilités au sein du conseil de la vie sociale ».*

Figure 15. Modélisation de la dynamique du processus participatif et de développement de l'empowerment au sein des ateliers *« Santé Citoyenneté »*



5. Discussion

5.1. L'entrée dans le processus d'empowerment

En permettant aux professionnels de s'interroger sur leur rôle, leurs pratiques et leurs représentations de la participation, l'action *« Santé Citoyenneté »* favorise la construction d'une vision commune de la participation. Sur les quatre CHRS, cette vision s'articulait autour de deux axes principaux : le développement des potentialités des résidents, et le rôle de l'espace du groupe. La réflexion critique des professionnels sur la participation dans le processus participatif de l'action permettait de travailler à une vision claire de l'empowerment pour toutes les parties prenantes (Mohajer & Earnest, 2009). La mise en place des premiers ateliers guidait ensuite les interactions dans un rapport d'égal à égal entre les résidents, et avec les professionnels des CHRS, où l'animatrice s'efforçait de créer un espace relationnel ressource, attentionné, sécurisant et contenant des vécus exprimés qui permettait aux résidents d'être en lien et de rompre avec leurs sentiments d'isolement (Jennings, 2006 ; Mellier, 2003). Les résidents pouvaient ressentir la liberté de s'exprimer sur leurs priorités les plus sensibles à propos de leur santé et de leur bien-être. Ils pouvaient les partager et exprimer leur sentiment d'injustice, de frustration et de colère à propos de conditions d'existences qui pour certaines étaient perçues et signifiées par le groupe comme intolérables (Goudet, 2011 ; Jodelet, 2011 ; Kieffer, 1984 ; Lord & Hutchison, 1993). Dans cette dynamique de groupe naissante, les priorités et les aspirations ne sont ainsi plus imposées par les injonctions sociétales et le groupe peut progressivement avancer vers une identification et une compréhension des problèmes et de leurs résolutions par le développement de nouvelles

aptitudes et compétences (Laverack, 2001 ; Roulleau-Berger, 1995). Ce droit à la parole sur leurs priorités développe le sentiment de soi-même par le fait d'être entendu (Gibson, 1991 ; Kieffer, 1984). Les personnes assument un rôle de sujet dans leur réalité et s'engagent vis-à-vis d'elles-mêmes sur ce qui compte pour elles (Freire, 1974, 1965), soutenu par le cadre sécurisant du groupe dans lequel elles peuvent expérimenter une mise en action par la participation, et où elles peuvent être reconnues dans leur capacité à s'exprimer et à décider de leur action dans leurs relations sociales (Jodelet, 2011).

Les observations et les analyses des ateliers ont pu faire émerger un élément moteur du processus participatif qui conclut l'entrée dans le processus d'empowerment : la construction d'une demande par le groupe dans un cadre clair autour des aspirations et priorités exprimées sur les différents déterminants de leur santé et de leur bien-être. Les professionnels internes des CHRS qui participent aux ateliers s'inscrivent dans ce champ interactionnel où ils reconnaissent les priorités et les nouveaux déterminants du bien-être des résidents. L'empowerment est conceptuellement associé à la capacité et aux possibilités offertes de contrôler sa vie, ce qui en premier lieu implique que l'on peut identifier puis influencer les déterminants de son propre bien-être (Tengland, 2008). L'animatrice joue un rôle-clé pour organiser cet espace intermédiaire sécurisant qui permet de travailler sur une expérience relationnelle entre résidents et avec les professionnels qui soit égalitaire et participative, source de soutien et empathique (Jemal, 2017 ; Prilleltensky, 2008). L'écoute ne se situant plus dans un rapport asymétrique, les professionnels et le groupe dans son ensemble vont apprendre, comprendre et reconnaître les déterminants sociaux exprimés, et notamment ceux qui n'étaient pas abordés auparavant par les résidents. En analysant le processus participatif dans les CHRS en termes d'empowerment, ces éléments montrent ainsi que le

concept est indissociable des relations avec le monde extérieur : ce qui est important pour les personnes dans leur environnement de vie, la transformation des liens avec les autres résidents et les professionnels, l'investissement des espaces sociaux participatifs dans lesquels ils peuvent être sujets de leur réalité. Il apparaît ainsi nécessaire d'une part d'analyser les conditions et les contextes dans lesquels l'empowerment est inhibé et où il peut être développé (Albuquerque, 2017 ; Rappaport, 1987 ; Zimmerman, 1990), et d'autre part de permettre aux professionnels et aux individus d'expérimenter de nouveaux rôles, de nouveaux modes d'interagir et de penser (Maton, 2008).

5.2. Perception de nouvelles possibilités

A partir de la demande construite au sein du groupe sur les aspirations et priorités les plus sensibles à propos de leur santé et de leur bien-être, des professionnels extérieurs étaient ciblés et invités à co-animer les ateliers pour partager leurs savoirs et apporter une lecture compréhensive des problématiques, comme sur les procédures d'accès au logement, la place des religions dans la société, ou la gestion du stress. Les ateliers permettaient aux résidents de mettre en mots leurs vécus, leurs croyances, leurs ressources et actions sur les problématiques ciblées. Ils adoptaient les éléments de langage et de signification des uns et des autres pour partager leurs expériences vécues sur les questions de santé, d'accès aux droits, ou de société. Les résidents pouvaient donner sens à leur situation en CHRS, à leurs conditions d'existences, et élargir leur regard sur les problématiques sociales discutées, sur les inégalités, en s'enrichissant des visions des autres et en s'ouvrant à des alternatives de pensées (Freire, 1974). Ils découvraient ainsi qu'ils n'étaient pas seuls à vivre leurs

problématiques liées à la précarité (Cavalieri & Almeida, 2018 ; Ninacs, 2002). En étant capable d'élargir leur regard grâce à la dynamique intersubjective des échanges, les résidents étaient ainsi plus à même de s'approprier de nouvelles connaissances et compétences utiles pour favoriser l'accès aux droits, faire des choix, et se projeter dans les situations où ils pourront avoir confiance dans les possibilités de changement (Gibson, 1991 ; Lord & Hutchison, 1993). La diversité des professionnels extérieurs intervenants dans les ateliers permet en effet de développer ce que Maton décrit comme un apprentissage actif dans le processus d'empowerment en offrant des possibilités permanentes d'informations et de réflexion (Maton, 2008). La connaissance de leurs droits, pour l'accès au logement et aux soins, ou face aux situations de discrimination et d'exclusion, est le premier levier qui permet d'accroître le sentiment de contrôle sur ces déterminants de leur bien-être (Tengland, 2008). Les compétences communicatives des intervenants extérieurs sont essentielles pour prendre en compte la parole, les émotions, les savoirs et les expériences des résidents, autrement dit leur propre expertise sur les problématiques ciblées. Une dynamique de co-apprentissage (Jemal, 2017) s'installe alors dans un rapport d'égal à égal où les résidents partagent leurs connaissances, leurs savoir-faire, leurs réflexions sur les situations vécues et exprimées. En créant dans le processus participatif ces opportunités de développer des compétences et une meilleure compréhension des ressources et dispositifs extérieurs, les choix et possibilités d'action dans leurs contextes de vie sont perçus comme moins limités et moins dépendants des services et de l'accompagnement individuel proposés en CHRS (Israel et al., 1994 ; Lord & Hutchison, 1993 ; Zimmerman, 1995).

En s'appuyant sur leurs compétences participatives en train de se développer (expression, écoute, dialogue, ouverture aux alternatives de pensées et de sens), les interactions et les

échanges sont riches entre les résidents et avec les professionnels extérieurs. Le cheminement vers l'empowerment implique une remise en question des contextes relationnels qui génèrent des pratiques sociales oppressives afin de dépasser les situations de normalisation et de contrôle qui privent de leur pouvoir social les citoyens vulnérables et les maintiennent dans une culture du silence (Hur, 2006 ; Kieffer, 1984 ; Lord & Hutchison, 1993). Si la littérature sur l'empowerment insiste sur l'importance de permettre aux groupes de conceptualiser ces situations et les rapports d'oppression pour mieux s'en libérer (Freire, 1974 ; Kieffer, 1984 ; Lord & Hutchison, 1993 ; Watts et al., 2003), les ateliers permettent eux d'expérimenter directement la création de relations non oppressantes qui développent la participation et qui dissipent les valeurs et normes d'adaptation individuelle ainsi que les pratiques sociales injonctives (Tengland, 2008 ; Watts et al., 2003). Ces nouvelles façons d'être en relation avec des professionnels extérieurs permettent de créer les mêmes opportunités et l'accès aux ressources extérieures qu'autrui, dans leurs contextes de vie, et de rompre avec les situations de dépendance (Christens, 2012) : *« Nous, on n'est personne. Là, des gens sont venus nous parler de ce qu'on avait demandé, on est devenu quelqu'un, normal, quoi. ».* Les résidents se sentaient ainsi davantage capables d'échanger avec les professionnels internes et externes sur leurs priorités et leurs aspirations, ils prenaient davantage d'initiatives dans leur relation aux dispositifs extérieurs, ils pouvaient chacun développer une meilleure valeur de soi-même (Vincent, 2011). Ils pouvaient aussi dépasser plusieurs obstacles psychosociaux tel que la perte de légitimité à se faire entendre (Gibson, 1991), le manque de relations interpersonnelles et de soutien (Israel et al., 1994), ou l'oppression intériorisée et une attitude de blâme de soi (Gaventa, 2006 ; Watts et al., 2011). Ils ont eu pour la majorité d'entre eux l'intention d'utiliser les connaissances co-construites dans les ateliers, l'intention étant un indicateur reconnu pour

prédire un comportement effectif (Ajzen, 1991). Ils se sentaient capables d'exploiter les compétences et ressources pour influencer certains contextes de vie, que ce soit dans leurs espaces relationnels, dans l'accès aux droits, ou pour une meilleure compréhension et un sentiment de contrôle de leur environnement (Christens, 2012 ; Rappaport, 1987 ; Zimmerman, 1990, 1995). Les ateliers permettent donc de développer une dimension centrale de l'empowerment psychologique, celle du sentiment d'efficacité personnelle (Israel et al., 1994 ; Kieffer, 1984 ; Le Bossé, 2003 ; Maton, 2008 ; Zimmerman, 1995). Les interactions en groupe avec les intervenants extérieurs permettent de tenir compte de l'influence du contexte social sur l'auto-efficacité en travaillant sur les opportunités, les obstacles, et les ressources dans leur environnement proche (Bandura, 2002). Le développement de l'auto-efficacité sur les déterminants sociaux ciblés/prioritaires, même s'il présuppose un niveau d'analyse individuelle et intrapsychique, s'inscrit donc dans le prolongement du développement des compétences participatives dans les ateliers. La capacité à interagir, l'expérience de nouvelles relations non asymétriques et d'une dynamique de groupe qui ancre le co-apprentissage participatif de connaissances et de ressources permet d'élargir la conscience des possibilités (Hur, 2006 ; Kieffer, 1984 ; Lord & Hutchison, 1993 ; Maton, 2008 ; Tengland, 2008).

5.3. Conscientisation et participation communautaire

L'implication des professionnels dans le processus participatif est à ce stade un moteur essentiel pour préserver et assurer l'espace relationnel sécurisant du groupe où les droits, les savoirs, la citoyenneté les aspirations et les priorités sont reconnus, et où professionnels et résidents créent des relations d'interdépendance et non asymétriques. Cette implication a été moindre voire absente sur les CHRS 1 et 2, les professionnels participant peu aux ateliers et s'investissant peu dans la participation des résidents aux ateliers. Ils s'appropriaient moins les problématiques discutées et la demande exprimée. Dès lors, sur ces deux CHRS, les résultats en termes d'empowerment s'analysent essentiellement sur sa composante psychologique (Zimmerman, 1995). La dynamique des ateliers entre résidents et avec les professionnels extérieurs leur a permis de dépasser leur sentiment d'impuissance, de reconstruire du sens sur leur vécu et sur leur place sociale (Lord & Hutchison, 1993 ; Prilleltensky, 2008), de reconnaître leurs droits sociaux, leurs propres ressources, leur droit à la parole (Cavalieri & Almeida , 2018 ; Gibson, 1991), d'être davantage capables d'interagir avec des professionnels et dispositifs extérieurs au CHRS pour l'accès aux ressources (Vincent, 2011), d'avoir plus globalement le sentiment de pouvoir agir et d'exercer une influence sur leur environnement en prenant en compte les contextes dans lesquels les résidents s'inscrivent (Israel et al., 1994 ; Rappaport, 1987). Nous retrouvons ici les différentes composantes de l'empowerment psychologique conceptualisées par Zimmerman (1995). Sur le plan intrapersonnel et interactionnel, les résidents réélaborent par le dialogue interne et celui avec les pairs une nouvelle représentation de soi, de leurs capacités et de leurs compétences, ainsi qu'une réappropriation des normes sociales et une meilleure compréhension des déterminants

sociaux de leur santé et de leur bien-être (Gonin, 2008 ; Jodelet, 2008 ; Zimmerman, 1995). Sur la composante comportementale, les ateliers ont permis à plusieurs résidents de faire valoir leurs droits, d'accéder aux ressources extérieures, d'apprendre à gérer leur stress, de savoir manger équilibré avec un petit budget, d'engager des démarches d'accès au logement et à l'emploi. Sur la composante relationnelle (Christens, 2012), de nouveaux liens sociaux se sont développés entre les résidents les plus participatifs. Les résidents étaient davantage capables de s'exprimer en groupe, s'écoutaient et échangeaient avec les professionnels internes et externes. Sur les CHRS 1 et 2, faute d'implication des professionnels internes pour investir et pérenniser la dynamique de groupe, le développement de la participation communautaire (dimension comportementale) était cependant freiné malgré les liens sociaux développés entre résidents. En revanche, sur les CHRS 3 et 4, la dynamique interactionnelle entre résidents et avec les professionnels permettait de consolider une demande qui était prise en compte et reconnue par les professionnels des CHRS. Ces derniers pouvaient s'engager sur des thèmes relevant des inégalités sociales de santé. Sur ces deux CHRS, les résidents ont ainsi pu progressivement construire une demande autour des problématiques de discriminations, de violences policières illégitimes, ou du rôle des médias dans la construction de l'opinion. Cette demande s'est construite sur l'expression, le partage et la compréhension de situations sensibles vécues qui provoquent indignation, colère ou résignation face à des injustices sociétales (Kieffer, 1984). La prise de conscience de nouvelles possibilités d'influencer leur situation, leur bien-être et l'accès aux ressources pour y parvenir développe un nouveau rapport au monde, où ils peuvent construire le sentiment d'avoir une place légitime dans la société (Freire, 1974 ; Prilleltensky, 2008 ; Tengland, 2008). Dès lors, les résidents conscientisent que tout ne dépend pas d'eux au niveau individuel et collectif et que

leurs problématiques au quotidien sont directement liées aux inégalités d'opportunités dans l'espace social (Ninacs, 2002 ; Albuquerque, 2017). Cette prise de recul opérée dans le groupe sur leur rapport au monde leur permet de moins s'identifier aux croyances intériorisées dévalorisantes, discriminantes et excluantes (Beal, 2016 ; Fugier, 2018 ; Jemal, 2017 ; Watts et al., 2011). Ils développent de nouvelles compréhensions d'eux-mêmes, des autres résidents et de ces contextes inégalitaires. Les ateliers génèrent ainsi ce que Freire a conceptualisé sous le terme de *« conscientisation »*, qui ne doit pas être réduit à *« une prise de conscience »* mais doit se comprendre comme une attitude, une appréhension critique de son environnement où une nouvelle réalité psychique va pouvoir se dessiner. Les vécus et le rapport au monde sont réinterprétés pour atteindre l' *« essence phénoménale »* de sa propre expérience sur son bien-être, sa santé, ainsi que sur sa place sociale dans laquelle une citoyenneté et une action sur le monde peuvent se développer (Freire, 1974, 1965).

Le processus de développement personnel observé sur les CHRS 1 et 2, s'accompagnait en plus sur les CHRS 3 et 4 d'un investissement sur le groupe, l'empowerment se développait au niveau collectif, et la participation communautaire s'initiait (Hur, 2006 ; Maton, 2008). L'empowerment communautaire s'inscrit dans cet espace collectif dans lequel les résidents construisent progressivement un sentiment d'appartenance au groupe par le partage d'intérêts communs face aux problématiques ciblées, l'adhésion à de nouvelles normes d'inclusion sociale et de valeurs d'équité qui passent par la reconnaissance des droits et la participation (Israel et al., 1994 ; Israel et al., 1998; Grossman, 2008 ; Wallerstein, 2006). Au sein de cet environnement relationnel favorable, il se crée petit à petit un sens de la communauté, soit la croyance que les aspirations, les priorités des résidents et la demande construite collectivement pourront être satisfaites par leur engagement à être ensemble (Mc

Millan, 1986). De nouveaux liens sociaux sont en effet développés entre plusieurs résidents sur les CHRS 3 et 4 où un noyau dur de résidents (3 à 8) s'est constitué au fur et à mesure du développement d'une conscience critique par leur engagement sur des problématiques prioritaires de leur quotidien qui relèvent des inégalités sociales de santé. Ces thèmes que Freire (1974) qualifie de « *générateurs »* stimulent la réflexion critique, le dialogue, les discussions ouvertes soit le développement de la participation communautaire (Jemal, 2017 ; Zimmerman, 1995). Ce noyau dur constitue un leadership à un niveau collectif. Il encourage et soutient la participation au dialogue, à la réflexion dans le groupe par l'écoute, le questionnement, le partage d'idées clés, de connaissances et de ressources (Christens, 2012). Ce noyau dur assure une fonction de soutien multiple pour les membres du groupe, permettant progressivement à la dynamique communautaire de s'autonomiser. La qualité des relations interpersonnelles permet en effet à ce noyau dur de veiller lui-même à l'espace relationnel ressource en inspirant les autres résidents, en favorisant une communication attentionnée, et en insufflant la croyance à agir collectivement (Jennings, 2006 ; Lord & Hutchison, 1993 ; Maton & Salem, 1995 ; Maton 2008). Les thèmes les plus générateurs d'une conscience critique, par exemple les problématiques de discriminations ou la vie en collectivité dans les CHRS, sont ainsi repris par les résidents en dehors des ateliers dans des espaces de discussion plus informels. Cet élément qui impacte la dynamique et la direction du processus participatif de l'action constitue une originalité au regard de la littérature sur l'empowerment où le leadership est le plus souvent centré sur un ou quelques individus mais n'est pas incarné par un sous-groupe de personnes (Jemal, 2017 ; Maton, 2008). Sur les CHRS 1 et 2, un ou deux résidents ont pu exercer une fonction de leadership par leur niveau plus élevé de conscientisation et de conscience critique, une capacité plus grande à interagir avec

les professionnels extérieurs, et une intentionnalité d'action plus forte. Leur leadership personnel n'a pour autant pas permis d'inspirer les autres résidents et d'orienter le processus participatif vers une dynamique communautaire qui investisse l'idée du groupe, des objectifs communs et un sens de la communauté. Sur les CHRS 3 et 4, il apparaît que le noyau dur de relations facilitait grandement le soutien psychosocial entre les résidents. Ces relations de soutien permettaient d'autant plus d'explorer et de contester les inégalités sociales dans la réflexion critique, sans se limiter à un soutien social et émotionnel comme sur les CHRS 1 et 2 (Jemal, 2017 ; Kieffer, 1984). Le soutien psychosocial favorise la projection sur l'action collective et des objectifs communs, fournit aux résidents de plus grandes opportunités de développement au niveau individuel et collectif par le co-apprentissage et la participation, et permet de répondre à des besoins de valorisation et d'identification sociale (Christens, 2012 ; Maton, 2008 ; Rothman et al., 2019). Le leadership collectif et ce soutien psychosocial offrent ainsi la possibilité aux résidents d'expérimenter de nouveaux rôles et de nouvelles compétences au sein du groupe et dans la relation à autrui, contribuant à réduire l'isolement social des résidents et à développer la participation communautaire et leur pouvoir social (Christens, 2012 ; Kieffer, 1984 ; Maton, 2008).

5.4. Appropriation de la démarche participative par les professionnels des CHRS

En expérimentant et en pensant le groupe comme le lieu de développement de connaissances, de compétences, de partage de ressources et comme un espace permettant de développer la réflexion et l'action critique (Freire, 1974 ; Jemal, 2007), les professionnels des CHRS 3 et 4 étaient plus à même de s'engager dans la dynamique collective avec les résidents, de

s'approprier la démarche participative, et de faire évoluer les pratiques et paradigmes d'intervention habituels. C'est par l'expérience et l'immersion dans ces pratiques participatives qu'ils pouvaient penser une nouvelle théorie et un nouveau modèle d'action du travail social et ainsi s'inscrire dans une dynamique épistémique et transformationnelle de leurs pratiques (Gravière, 2013 ; Prilleltensky, 2008). Ils ont vécu dans les ateliers des interactions d'égal à égal avec les résidents où ils pouvaient découvrir et prendre en compte des déterminants sociaux et des préoccupations non reconnus jusqu'alors. Ils pouvaient construire et développer de nouvelles représentations professionnelles et transformer ou orienter progressivement leurs paradigmes d'intervention vers une participation citoyenne (Bernardet & Thalineau, 2018 ; Michalot & Siméone, 2013). Ils ont expérimenté à l'intérieur du groupe un espace de relations non oppressantes car ils pouvaient y délaisser des postures et des pratiques sociales injonctives centrées sur l'adaptation individuelle ou en recherche de solutions toutes faites (Gonin, 2008 ; Vallerie & Le Bossé, 2006). L'expérience de nouvelles relations non asymétriques avec les résidents et d'une dynamique de groupe qui se centrait progressivement sur des thèmes qui relevaient des inégalités sociales leur donnait l'opportunité de participer au processus de réflexion critique. La conscientisation opérée dans le groupe, notamment sur les questions de discrimination et d'exclusion, orientait les résidents vers l'action civique sur des questions sociétales (Kieffer, 1984 ; Freire, 1974).

Les professionnels des CHRS pouvaient se décentrer d'une approche individualisante, participer à une lecture critique de l'ordre économique et social, engager un rôle professionnel et civique pour contribuer à changer les conditions défavorables d'existence (Bernardet & Thalineau, 2018 ; Roulleau-Berger, 1995 ; Prilleltensky, 2008). L'écoute ne se situant plus dans un rapport asymétrique et centré sur les problèmes et les difficultés, ils découvraient et

reconnaissaient les savoirs, capacités et ressources des résidents par une dynamique collective et non uniquement leurs problèmes et difficultés. Les professionnels peuvent dès lors être considérés comme des facilitateurs du processus d'empowerment. Ils ont appris la possibilité d'instaurer un espace relationnel ressource et sécurisant qui encourage le changement relationnel où ils réduisent leur pouvoir d'influence sur les aspirations et les ressources des résidents et laissent davantage de pouvoir au groupe qu'ils soutiennent (Tengland, 2008). Les résidents peuvent être progressivement entièrement reconnus en tant que sujet de leur propre réalité, ils ne sont plus dépendants des services et des injonctions des dispositifs sociaux d'insertion qui les maintiennent dans des relations passives d'assistance (Lord & Hutchison, 1993 ; Kleba & Wendausen, 2009). Les résidents sollicitent, s'appuient et collaborent avec les professionnels internes sur les problématiques sociales identifiées. L'opportunité de travailler collectivement sur des objectifs communs, entre résidents et avec les professionnels des CHRS, leur permet de développer par la suite la croyance en la capacité collective de créer un changement par leurs actions (Watts et al., 2011). A des degrés divers, l'ensemble des CHRS poursuivaient la mise en œuvre d'ateliers sur les thématiques prioritaires des résidents. Ils ont acquis ou consolidé de nouvelles compétences sur l'approche participative et ils se sentaient davantage outillés pour investir de nouveaux espaces collectifs avec les résidents. Grâce à l'expérience des ateliers ils développaient leur réseau de professionnels extérieurs. Ces liens favorisaient une culture organisationnelle habilitante en créant des opportunités de développement et d'accès aux ressources extérieures pour les résidents et pour les CHRS (Rothman et al., 2019). Les résidents et les professionnels pouvaient ainsi s'orienter vers l'action, soit par l'initiative des résidents eux-mêmes qui accédaient aux dispositifs extérieurs grâce à une plus grande

confiance en soi et la perception de nouvelles possibilités (Gibson, 1991 ; Kieffer, 1984 ; Lord & Hutchison, 1993), soit par l'amélioration des capacités collaboratives et l'accès à de nouvelles ressources pour penser et agir face aux situations d'exclusion (Christens, 2012 ; Israel et al., 1994 ; Watts et al., 2011). Le développement de compétences participatives sur le plan personnel, relationnel et collectif dans la dynamique du groupe et au sein des CHRS permettait d'ancrer la continuité du processus d'empowerment dans d'autres contextes réels et dans d'autres espaces communautaires (Ninacs, 2003 ; Prilleltensky, 2008). En impliquant les professionnels des CHRS et ceux extérieurs dans le processus participatif de l'action, les ateliers *« Santé Citoyenneté »* évitent ainsi le risque d'individualiser et d'instrumentaliser la notion d'empowerment en la réduisant à l'accroissement de capacités individuelles, en poussant par exemple à la prise de parole, à devenir acteur, à s'engager dans un parcours d'insertion par le travail et le logement sans penser le champ des possibles dans l'espace social (Bernardet & Thalineau, 2018 ; Calvès, 2009). La mise en réseau avec les ressources des professionnels extérieurs, la création de relations d'interdépendance avec les résidents, l'investissement sur le collectif et la réflexion critique amènent les professionnels des CHRS à engager un processus de développement de l'empowerment en relation avec les possibilités dans l'environnement. Ils vont davantage chercher à développer la connaissance et l'accès aux ressources et aux dispositifs extérieurs, ainsi qu'à créer des partenariats pour favoriser la reconnaissance des droits et des situations d'exclusion et d'inégalités (Albuquerque, 2017 ; Christens, 2012 ; Le Bossé, 2003 ; Lord & Hutchison, 1993 ; Rappaport, 1987). Dans ce champ relationnel où professionnels et résidents sont ensemble, l'empowerment peut se manifester dans le *"pouvoir avec"* : les points de vue et les aspirations des résidents sont défendus. Ces derniers peuvent conscientiser une nouvelle place sociale où leur parole et leurs ressources

sont reconnues. Ils peuvent, avec l'appui des professionnels et par le collectif, réaliser des petits pas qui leur permettent d'ancrer par l'action la transformation de leur réalité d'un point de vue subjectif et objectif (Albuquerque 2017 ; Guétat-Bernard & Lapeyre, 2017 ; Mohajer & Earnest, 2009 ; Tengland, 2008). Sur les CHRS 3 et 4, cette dynamique interactionnelle entre résidents et avec les professionnels a sans doute favorisé le leadership collectif porté par plusieurs résidents. Ils ont pu y développer des objectifs communs dans le groupe et au sein d'espaces plus informels, et un sens de la citoyenneté axé sur le travail collectif et la conscience critique ; une citoyenneté qui n'est pas réduite à une norme d'autonomie où le citoyen responsable agirait seul et efficacement dans les espaces de participation communautaire (Gonin, 2008 ; Mc Whirter, 1998 ; Watts et al., 2011). Sur ces deux CHRS, les professionnels réfléchissaient en dehors des ateliers à la demande et aux intentions d'action des résidents. Ils manifestaient une intention de poursuivre la démarche participative avec les résidents. Les résidents ont ainsi pu réinvestir le Conseil de la vie sociale et orienter les activités et les thèmes développés dans la structure. Sur le CHRS 4, les résidents ont par exemple, avec les professionnels internes, écrit une lettre à la Haute autorité de lutte contre les discriminations et pour l'égalité (Halde) sur les problématiques de discriminations vécues.

Le leadership collectif des résidents et le changement de paradigmes des professionnels favorisaient donc l'avènement possible d'un empowerment organisationnel au sein de ces CHRS et d'ancrer la participation, le sens de la communauté, la croyance en une capacité collective d'agir, le pouvoir d'agir des résidents et leurs possibilités d'influer sur les décisions qui les concernent, et de développer les opportunités offertes par l'environnement pour améliorer leur bien-être et asseoir un pouvoir social dans leurs différents contextes de vie (Israël et al., 1994 ; Rothman et al., 2019 ; Speer & Hughey, 1995). Dans le contexte français

où les dimensions collective et participative restent peu investies, l'enjeu est en particulier de transformer les cadres déshabilitants ou peu habilitants des CHRS en des cadres plus habilitants (Maton, 2008). Cette transformation implique de croire aux capacités de développement des résidents, d'offrir un climat de confiance et de co-apprentissage, de créer les conditions favorables à l'émergence d'un leadership partagé et de soutiens multiples pour les membres du groupe, mais aussi de s'engager par la réflexion et l'action collective sur des questions d'ordres économiques, sociales et politiques à l'origine des inégalités. Plus que les résultats du processus participatif, c'est l'expérience vécue des professionnels et des résidents qui structure le processus d'empowerment (Kleba & Wendausen, 2009).

6. Théorisation du processus d'empowerment en œuvre dans les ateliers « Santé Citoyenneté »

L'analyse du processus participatif de l'action *« Santé et citoyenneté en direction des résidents des centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) »* et sa lecture en termes d'empowerment ont donc permis d'identifier quatre grandes étapes chez les résidents qui contribuent à développer une nouvelle expression de *« l'être au monde »* (Freire, 1965), de nouvelles relations interpersonnelles et ressources extérieures, et une croyance individuelle et collective à agir (Le Bossé, 2003 ; Lord & Hutchison, 1993). Quatre étapes ont également été repérées chez les professionnels accompagnant les résidents au sein des CHRS, ce qui atteste du caractère éminemment social et interactionnel du processus d'empowerment. Les différents éléments clés du processus participatif pour chaque étape, et la proposition de mécanismes psychosociaux associés à chacun de ces éléments, permettent de proposer une

théorisation du processus d'empowerment en œuvre dans les ateliers *« Santé Citoyenneté »* (cf. tableaux 7 et 8).

6.1. Représentations de la participation et paradigmes professionnels

Bien que les CHRS permettent d'assurer une sécurité momentanée dans les trajectoires de précarité, ils se font aussi le relais de politiques sociales qui entendent faire des individus des citoyens responsables et autonomes capables de s'engager dans un projet d'insertion par le travail et le logement autonome. Les pratiques sociales doivent relever le défi de transformer cette injonction en un supposé désir personnel d'insertion des résidents. Elles doivent articuler les ressources internes et externes des personnes à leurs aspirations, au champ des possibles dans leur contexte de vie, et aux attentes des politiques sociales (Bernardet & Thalineau, 2018). Les représentations des professionnels des CHRS de leur rôle dans la démarche participative proposée oscillent ainsi entre une vision proactive et individuelle du changement : *« rendre acteurs, moteurs, actifs »* et l'objectif de développer *« leur estime d'eux-mêmes »* avec un désir de renouvellement des pratiques davantage orientées vers le collectif et une approche plus humaine : *« travailler avec les usagers d'une autre manière », « renforcer la cohésion du groupe, la dimension humaine de l'accompagnement ».* Les professionnels ont ainsi été amenés à se centrer sur la dimension relationnelle de l'empowerment bien qu'elle puisse susciter des conflictualités psychiques au regard des pratiques antérieures centrées sur l'assistance et l'accompagnement individualisé plus que sur la lutte contre les exclusions (Abric, 2003 ; Gonin, 2008).

6.2. Dialogicité avec soi et construction d'une demande collective

Les premiers échanges dans les ateliers permettent aux résidents de développer un dialogue interne sur leurs préoccupations les plus profondes, dialogue facilité et encouragé par l'écoute entre résidents de leur réalité sociale dans laquelle ils vont pouvoir observer les ressemblances et les différences dans les significations qu'ils en donnent. Les processus intra et inter-psychologiques sont entremêlés (Markova, 2011). Ce dialogue interne relégitime et active la subjectivité des résidents. Ils vont pouvoir s'observer eux-mêmes, penser et visualiser leurs expériences vécues dans leurs contextes de vie. Ils vont ouvrir ce dialogue interne aux significations d'autrui et permettre ainsi une réflexion où ego (soi) et alter (autrui) sont interdépendants (Moscovici, 2005). Ils vont s'approprier de nouvelles représentations, s'autoriser des positions changeantes sur leur rapport au monde et leur bien-être (Jodelet, 2008 ; Gillespie & Cornish, 2010). Ils vont pouvoir initier un travail compréhensif et libérateur dans la relation à soi-même grâce à la rencontre d'autrui au sein de l'espace interactionnel des ateliers (Freire, 1974, 1965 ; Jodelet, 2008). Le cadre participatif projette les résidents en situation de futurs dialogues avec autrui qui activent une dialogicité avec soi où s'agencent les expériences vécues, les croyances intériorisées, les savoirs déjà construits, les positions des autres résidents. Les dynamiques dialogiques avec soi et autrui vont contribuer à créer un environnement psychologique qui permet aux résidents de se saisir d'autant plus d'eux-mêmes et d'une demande (Fischer, 2020). Cette demande est co-construite lorsqu'elle se réalise par les relations dans le groupe, elle n'est pas la somme des priorités de chaque personne. La demande n'est pas un état passif, ni réduite à des besoins ou à des objectifs socialement déterminés, elle est une action engageante dans la situation de groupe qui inscrit l'empowerment dans sa dynamique processuelle. Elle implique de prendre en compte les

dynamiques intersubjectives qui permettent de laisser émerger et d'interpréter les éléments les plus pertinents sur les conditions d'existence des résidents (accès aux droits et au logement notamment) et leur place dans la société (relation hommes/femmes, discriminations par exemple). Cette demande n'est pas figée, elle peut évoluer au cours des ateliers où l'animatrice revient sur les thèmes précédemment exprimés.

Tableau 7. L'analyse du processus d'empowerment dans les ateliers chez les résidents

ETAPES dans le processus participatif dans les ateliers	Eléments clés du processus d'empowerment dans les ateliers	Mécanisme psychosocial dans le processus	Résultats en termes d'empowerment
Droit à la parole sur leurs priorités : expression de soi et dans le groupe	Création d'un espace relationnel ressource et sécurisant	Cadre contenant des vécus exprimés, rapport d'égal à égal, non jugement, équité dans la prise de parole	Expérience de relations interpersonnelles attentionnées et source de partages
	Mise en place d'un cadre d'expression centré sur leurs préoccupations	Partage des résidents de leurs priorités et de leurs vécus	Développement de compétences d'expression et de participation des résidents
	Construction de la demande par le groupe	Redéploiement des subjectivités individuelles et collectives dans le groupe	Sentiment d'être acteur de leur bien-être et engagement envers soi et le groupe
Perception de nouvelles possibilités : développement de nouveaux savoirs et co-apprentissage de connaissances et de ressources	Exploration des thèmes prioritaires et partage de vécus similaires	Ecoute ouverte et intersubjectivité sur les expériences exprimées	Élargissement du regard sur les problématiques, identification à des problématiques communes vécues
	Interactions riches entre résidents et avec les professionnels extérieurs	Dialogue ouvert et résidents valorisés par l'attention des professionnels extérieurs	Nouvelles formes d'interaction entre les résidents et les professionnels extérieurs, perception de nouvelles opportunités et ressources extérieures
	Co-apprentissage de connaissances et de ressources entre résidents et avec les professionnels extérieurs	Croyance en leur capacité à utiliser ces nouvelles connaissances et ressource (confiance en soi/auto-efficacité)	Développement de connaissances (en particulier sur les ressources extérieures/dans l'environnement) et renforcement de compétences
Conscientisation : Analyse en groupe de leur rapport au monde, de leurs croyances, et construction d'un sens de la communauté	Développement de la réflexion critique sur les thèmes qui relèvent des inégalités sociales	Prise de conscience des mécanismes d'exclusion et des croyances intériorisées	Réinterprétation de leurs expériences vécues et de leur rapport au monde
	Installation d'une dynamique intra-groupe et d'un sentiment d'appartenance	Identification dans le groupe à une vision commune des problématiques et à de nouvelles possibilités d'agir	Nouveaux liens sociaux développés entre les résidents, réduction de l'isolement social
Participation communautaire : Développement d'une dynamique communautaire et de la citoyenneté	Emergence de leaderships incarnés par des personnes ou organisés autour d'un noyau dur (3 à 5 résidents)	Encourage et soutien la participation au dialogue, à la réflexion critique, et insuffle la croyance à agir collectivement	Enrôlement d'autres résidents, incitation à s'organiser en communauté
	Développement d'objectifs communs	Croyance en la capacité collective de créer un changement par leurs actions.	Développement d'une capacité collective à agir et d'un engagement civique / d'un sens de la citoyenneté

Tableau 8. L'analyse du processus d'empowerment dans les ateliers chez les professionnels des CHRS

ETAPES dans le processus participatif dans les ateliers	Eléments clés du processus d'empowerment dans les ateliers	Mécanisme psychosocial dans le processus	Résultats en termes d'empowerment
Elaboration du cadre participatif à partir des cultures professionnelles et organisationnelles	Réflexion critique des professionnels sur la participation avec les résidents	Activation des systèmes de représentations sur la participation et la citoyenneté	Construction initiale entre professionnels d'une vision commune sur la participation
Implication des professionnels des CHRS dans le processus participatif	Participation des professionnels internes au CHRS aux ateliers participatifs avec les résidents	Interactions d'égal à égal entre les résidents et les professionnels internes	Création des relations d'interdépendance et non asymétriques avec les résidents.
	Appropriation des nouveaux thèmes abordés par les résidents	Ecoute active et ouverte des résidents sur leurs préoccupations les plus profondes	Reconnaissance de la demande des résidents et de leurs aspirations
Sens/significations construit(es) par les professionnels dans l'expérience de l'approche participative	Reconstruction ou affirmation d'un regard positif porté sur les résidents	Croyance dans les capacités des résidents	Reconnaissance du vécu, des ressources, et des savoirs des résidents
	Construction de sens sur la participation, la citoyenneté et l'autonomie des résidents	Perception plus-value et bénéfices de la participation	Développement et affirmation des croyances favorables à la participation avec les résidents (ou ancrage dans les représentations professionnelles précédentes)
Appropriation de la démarche participative par les professionnels et la structure	Engagement dans des dynamiques collectives avec les résidents	Intention, motivation, et capacité à poursuivre la démarche participative	Développement d'espaces collectifs participatifs et d'alliances avec les professionnels extérieurs (empowerment organisationnel)
	Evolution des pratiques et paradigmes d'intervention habituels	Acquisition de compétences sur l'approche participative (sentiment d'être davantage outillé)	Actualisation de compétences participatives dans la structure (Conseil de la vie sociale notamment)

6.3. La théorie du champ

Le champ psychologique du groupe, notion développée par Kurt Lewin (1951), encourage dans la dynamique participative des ateliers, la perception d'un autre rapport au monde, aux autres, à la société par la reconnaissance d'un potentiel de choix et d'action des résidents (Jodelet, 2011). Le champ psychologique du groupe s'insère alors dans un contexte social d'interdépendance plus large où les résidents expérimentent des relations moins asymétriques avec des figures sociales dominantes et où les savoirs pluriels de chacun sont reconnus, écoutés, valorisés. Symboliquement, ce champ psychologique marqué par une distance sociale qui s'estompe entre résidents et professionnels extérieurs permet de changer la perception du rapport avec les groupes privilégiés, mieux insérés, et les dispositifs d'aide. Les professionnels extérieurs, qui ont un meilleur accès aux ressources extérieures, peuvent agir en tant qu'alliés pour faciliter par exemple l'accès aux droits de santé, l'aide au logement, l'accès à une alimentation équilibrée, ou pour lutter contre les situations de discriminations et d'exclusion (Arborio & Lechien, 2019 ; Jemal, 2017). C'est dans ces relations horizontales que s'inscrit la possibilité et la légitimité de leur place sociale en questionnant, resignifiant et affirmant leur vision d'être au monde (Freire, 1974). En ce sens, les ateliers permettent de répondre à une demande de reconnaissance sociale avant même de pouvoir construire une demande de changement social (Fugier, 2018).

Les résidents peuvent progressivement reconstruire le sentiment d'être acteur de leur vie, la mise en mots de leurs priorités est une première action sur le monde et un engagement envers soi-même et auprès du groupe (Freire, 1974). Ils créent les prémices d'une émancipation de la croyance intériorisée que leur situation ne pourra pas changer face aux multiples

contraintes sociales (Lord & Hutchison, 1993), au poids des conditions de vie (Le Bossé, 2003), à l'impuissance acquise face aux inégalités sociales (Israel et al., 1994), ou face à la privation de droits (Gaventa, 1980). Les ateliers les amènent à dialoguer avec eux-mêmes, à réfléchir sur leurs situations, leurs conditions d'existence, et à penser leur rapport au monde, à leur place dans la société, les situant ainsi en tant qu'acteur social (Freire, 1965 ; Kieffer, 1984). Par la mise en mouvement d'une demande construite dans et par le groupe, ils s'inscrivent en tant que sujet de leur propre réalité et non en tant qu'objet de politiques sociales en recherche d'efficacité (Bernardet & Thalineau, 2018). La représentation de la situation s'organise alors autour de nouvelles significations sur les priorités des résidents qui vont être situées davantage en termes d'inégalités sociales, d'accès aux ressources extérieures, de sentiment d'impuissance ou d'injustice, et non en termes d'explications internes et d'incapacités (Christens, 2012 ; Watts et al., 2011) ou en rapport à des thèmes imposés par les injonctions sociales comme l'emploi et le logement autonome (Roulleau-Berger, 1995).

6.4. Dynamique d'intersubjectivité : partage de vécu et identification

Les ateliers *« Santé Citoyenneté »* initient le processus participatif à partir d'intérêts personnels que les résidents partagent avec d'autres (Kieffer, 1984). Au fur et à mesure des ateliers, le travail de subjectivation, de réflexion sur soi et de mise en représentation de la réalité générés par les interactions (Gonin, 2008 ; Jodelet, 2008) est partagé dans l'espace du groupe. Le groupe se développe dans une dimension interactive et dialogique où il s'installe une compréhension mutuelle (Jodelet, 2011 ; Smith & Sparkes, 2008). En pensant et en communiquant leurs expériences, les résidents peuvent reformuler collectivement leur

rapport au monde et ce qu'imposent leurs conditions d'existence (Jodelet, 2008). Les nouvelles significations attribuées aux expériences ou nourries par le dialogue recréent des représentations partagées de la situation sur les questions d'accès aux droits, de santé, et d'exclusion (Gillespie & Cornish, 2010). Ils perçoivent dans les récits des uns et des autres les ressemblances sur leurs conditions d'existence (Jodelet, 2011). Un processus identificatoire se développe (Gonin, 2008). L'écoute active et ouverte entretenue par l'animatrice développe la compréhension et l'attention entre les résidents sur les vécus, leurs perceptions, leurs ressources. Ils peuvent s'identifier aux différents vécus exprimés et s'appuyer sur les subjectivités, les savoirs et les différentes stratégies des uns et des autres pour resignifier les situations (Jodelet, 2008 ; Smith & Sparkes, 2008). Cette dynamique d'intersubjectivité leur permet d'élargir leur regard sur les problématiques ciblées. Progressivement, ils se détachent de la norme d'adaptation individuelle et de la norme d'internalité. Ils comprennent que tout ne dépend pas d'eux, de leurs efforts, de leurs capacités ou de leur motivation et ils commencent à amorcer une réflexion où ils attribuent les problèmes sociaux et les inégalités à la façon dont la société est organisée (opportunités inégales dans le système social pour l'accès à l'emploi par exemple, constructions socio-historiques des relations hommes-femmes et des traitements discriminatoires) (Watts et al., 2011). Dans cet espace microsocial et par la mise en récit de leur vécu, de leur histoire (Bernaud, 2018), ils donnent sens en groupe à leur condition d'exclusion sociale, et recréent le sentiment d'exister pour soi et vis-à-vis des autres (Apostolidis & Dany, 2014). Cette pensée existentielle, *« des fois on se sent seul…là (aux ateliers), on existe »* inscrite dans la dynamique des relations interpersonnelles entre résidents au sein des ateliers leur permet de repenser leur recours aux droits sociaux et leur participation sociale (Beal, 2016). Ils peuvent ainsi dépasser l'isolement conjoncturel lié à leur

place sociale où les résidents s'excluent d'eux-mêmes et de leur subjectivité (Fugier, 2018). Malgré leur éloignement de l'emploi, le cumul d'insécurités (absence de logement, absence de revenus, privation de droits élémentaires) et l'usure provoquée par la lutte contre la précarité, ils peuvent regagner une légitimité à se faire entendre et un sentiment de continuité existentielle (Durif-Bruckert et al., 2006 ; Lord & Hutchison, 1993 ; Zimmerman, 1990). En amont de la recherche de maîtrise des situations et du sentiment de contrôle si valorisés dans le processus d'empowerment (Cattaneo & Chapman, 2010 ; Israel et al., 1994 ; Zimmerman, 1995), les ateliers permettent de réhabiliter les résidents en tant que sujets sociaux capables de mobiliser des supports relationnels et de situer dans leurs expériences le poids des exigences normatives de la société (Gonin, 2008 ; Jodelet, 2008).

6.5. Un processus interactionnel pour un pouvoir relationnel

Les liens entre les résidents et les professionnels des CHRS se développent sous un rapport moins asymétrique, plus interdépendant, et ils peuvent expérimenter ensemble un espace interactionnel collectif qui rompt avec des pratiques d'accompagnement individuel ancrées dans un idéal d'adaptation où les problèmes sociaux sont perçus comme la conséquence des carences individuelles (Gonin, 2008 ; Vallerie & Le Bossé, 2006). Les résidents vont pouvoir se percevoir en tant que groupe, soit un ensemble de personnes interdépendantes englobant leurs expériences vécues, leurs aspirations, leurs actions, leurs ressources, leurs normes (Abric, 2019). Les professionnels internes des CHRS vont pouvoir eux attribuer de nouvelles significations à la situation, tant sur la compréhension des causes externes des difficultés des résidents, qu'au travers de l'expérience de la démarche participative en train de se faire. Ces

significations s'organisent autour de plusieurs éléments qui permettent aux ateliers santé citoyenneté d'initier des cadres habilitants au sein des CHRS (Hur, 2006 ; Maton, 2008). En premier lieu, le développement de pratiques professionnelles collectives et participatives, « *travailler avec les usagers d'une autre manière »,* qui représente un enjeu important en France pour le développement de l'empowerment (Carrel & Rosenberg, 2014 ; Dane, 2007).

Loin de se limiter à un niveau intrapsychique, le processus d'empowerment s'initie donc dans les interactions sociales et la participation, d'autant plus lorsque les conditions d'existence génèrent un sentiment d'impuissance et d'isolement (Cattaneo & Chapman, 2010 ; Hur, 2006 ; Kieffer, 1984). En étant actif à petite échelle dans cet espace microsocial, les résidents développent leurs compétences participatives (Lord & Hutchison, 1993), le soutien social (Zimmerman, 1990), des compétences interpersonnelles (Israel et al., 1994) et la création de nouvelles relations (Hur, 2006) qui vont pouvoir se répercuter dans d'autres contextes sociaux (Christens, 2012). Les interactions, la participation et le dialogue créent au sein des ateliers une inscription sociale renouvelée pour les résidents. Ils peuvent y redéfinir leur rapport à leur santé, leur bien-être et à la citoyenneté, et changer progressivement de regard sur leur place sociale et sur leur existence individuelle et collective (Apostolidis & Dany, 2014 ; Bernaud, 2018 ; Freire, 1974 ; Maton, 2008 ; Smith & Sparkes, 2008). Dans cet espace relationnel microsocial, un sentiment de partage et d'appartenance peut émerger, situant le sujet en tant qu'acteur social et non seulement pour lui-même (Lawler, 2008). Les expériences relationnelles au sein du collectif vont pouvoir renforcer leur engagement dans la participation et favoriser un potentiel de participation civique dans d'autres espaces sociaux ou au sein de la société (Christens, 2012).

6.6. Croyance dans les capacités des résidents et empowerment collectif

Il se crée dans l'espace du groupe l'opportunité que les professionnels changent de regard sur les capacités des résidents et qu'ils puissent reconnaître leur vécu leurs ressources, leur propre expertise, en faisant *« confiance dans leur capacité ».* Les observations des temps de travail entre l'animatrice et les professionnels des CHRS 3 et 4 révèlent un investissement important de ces derniers dans l'idée du groupe, du collectif (Maton, 2008). En participant aux échanges dans les ateliers, ils construisent de nouvelles représentations des conditions d'existence des résidents et des situations qu'ils vivent au quotidien (Abric, 2003). Ils reconnaissent leur vécu, leurs savoirs et leurs ressources. Ils remodèlent leur regard par l'affirmation de la croyance partagée dans les capacités des résidents. En reconstruisant leur rapport avec les résidents et leur regard sur leurs capacités et leur situation, ils s'engagent davantage dans la dynamique collective des ateliers autour des besoins, des aspirations et de la demande du groupe (Jodelet, 2003). Cet espace relationnel et représentationnel crée un environnement psychologique favorable à un empowerment collectif sur les CHRS 3 et 4. En effet, par l'expérience de la participation, les résidents peuvent construire la croyance que le groupe est un espace psychologique sécure d'entraide, de soutien, et de réflexion (Hur, 2006 ; Israel et al., 1994 ; Jemal, 2017 ; Kieffer, 1984 ; Maton, 2008). Cet investissement sur l'idée du groupe et du collectif consolide d'autant plus le processus d'empowerment (Maton, 2008). En reconnaissant leurs propres droits, en développant leurs compétences et connaissances, et en sortant de l'isolement vécu en CHRS, ce processus participatif et relationnel favorise notamment le développement d'une conscience collective chez les résidents (Kieffer, 1984 ; Ninacs, 2002).

6.7. Mécanismes d'émancipation/libération face à l'exclusion

Au travers du groupe, les résidents vont pouvoir signifier des expériences de privation de droits, de survies ou d'insécurité économique qui touchent directement à leur sentiment d'intégrité, de dignité car elles remettent en cause leur place et leur existence sociale (Gaventa, 1980). La question des opportunités d'accès aux droits sociaux (santé, aide social, logement, surendettement) a notamment une valeur symbolique pour changer leurs conditions inéquitables, et accéder aux ressources sociales promotrices de santé (Wallerstein, 2006). Il ne suffit cependant pas de connaître ces droits. A travers l'interdépendance entre professionnels et résidents, l'approche participative des ateliers permet de reconnaître ces droits en tant que symboles d'intégration sociale, de reconnaissance sociale et d'accès à une citoyenneté dans laquelle les résidents ne vont pas se sentir rejetés (Apostolidis & Dany, 2014 ; Beal, 2016 ; Markova, 2011). C'est par ce processus participatif d'intersubjectivité, de co-apprentissage, d'interdépendance, de reconnaissance et de pouvoir social que les résidents vont progressivement acquérir la croyance en leur capacité à utiliser leurs connaissances et ressources pour agir sur les déterminants de leur bien-être. Les échanges dialogiques entre résidents, professionnels internes et l'intervenant extérieur alimentent les questions, les réponses, l'ouverture à des points de vue alternatifs, rendent possible la création de significations ou de resignifications partagées, et créent un espace psychologique qui permet de comprendre les résidents dans leur contexte temporel, social et culturel (Bernaud, 2018 ; Jodelet, 2008). Le désir d'agir s'inscrit dans ce champ psychologique du groupe où se dessinent les possibilités et les opportunités d'une action collective (Hur, 2006).

Sur les CHRS 3 et 4, les résidents ont ainsi pu progressivement construire une demande autour des problématiques de discriminations, de violences policières illégitimes, ou du rôle des médias dans la construction de l'opinion. La prise de conscience de leurs droits, que tout ne dépend pas d'eux (réduction de l'internalité) et des inégalités d'opportunités dans l'espace social leur permet en effet de moins s'identifier aux croyances intériorisées dévalorisantes, discriminantes et excluantes (Beal, 2016 ; Fugier, 2018 ; Prilleltensky, 2008 ; Watts et al., 2011). La dynamique intersubjective et participative crée dans cet espace microsocial le sentiment d'être au monde et de pouvoir le mettre en mots, d'exister en tant que sujet individuel et social (Apostolidis & Dany, 2014 ; Freire, 1965, 1974 ; Kieffer, 1984 ; Smith & Sparkes, 2008). Les professionnels extérieurs vont alimenter la réflexion, permettre aux résidents d'avoir une meilleure compréhension d'eux-mêmes, des autres dans le groupe, et de ces contextes inégalitaires à l'origine des problématiques exprimées. Au lieu d'intérioriser les inégalités dans leur subjectivité et de les signifier comme une preuve de leurs incapacités (Prilleltensky, 2008), ils apprennent avec les professionnels extérieurs les causes structurelles et l'histoire des inégalités, notamment celles liées aux discriminations, à l'exclusion sociale, ou au genre. La dynamique intersubjective leur permet de mettre en perspective dans le groupe et pour chaque individu les représentations associées à ces inégalités et les objets de pensées internes ou situés dans le discours du groupe (Durif-Bruckert et al., 2006 ; Smith & Sparkes, 2008). En tant que sujets sociaux connaissants, ils deviennent ainsi capables d'exercer une réflexion sur leur situation et sur leurs savoirs (Jodelet, 2008). En resignifiant leur rapport au monde dans cet espace sécurisant, contenant et réflexif, ils vont pouvoir appréhender ces problématiques dans leur propre réalité sociale (Mellier, 2003). Ils ne vont

pas chercher à exclure d'eux-mêmes leur souffrance liée à leurs conditions d'existence ou à projeter leurs expériences vécues de ces inégalités sociales sur l'extérieur faute de pouvoir y donner du sens (Vandecasteele & Lefebvre, 2006). La réflexion critique de groupe sur la façon dont la société génère les inégalités, et la mise en récit, en mots avec autrui de leur vécu et de leur souffrance leur permet d'une part de pouvoir attribuer leur situation de précarité et d'exclusion à des facteurs situationnels et sociétaux, et moins à des caractéristiques personnelles telles que le manque de motivation ou de volonté (Jemal, 2017), et d'autre part d'autoriser un combat symbolique face aux mécanismes d'exclusion dans lequel les échanges dialogiques leur permettent d'exister en tant que sujet social et agent de transformation de leur réalité (Christens, 2012 ; Freire 1974 ; Jodelet, 2008 ; Piff et al., 2020).

6.8. Appartenance au groupe et resubjectivation

Le processus de conscientisation installe une dynamique intragroupe par le dialogue, l'apprentissage, la réflexivité, où les représentations élaborées et partagées servent de médiateurs entre les résidents et l'environnement extérieur (Berjot & Delelis, 2020). Le groupe permet de créer un espace d'élaboration de visions partagées sur les problématiques d'exclusion, de discrimination et de privation des droits, ainsi que sur les ressources pour y faire face (Kieffer, 1984 ; Lord & Hutchison, 1993). Le groupe crée des significations collectives sans qu'elles aient été auparavant porteuses de sens pour les résidents dans leur existence (Kaes, 2021). À ce stade, c'est le groupe, sa dynamique propre de conscientisation à l'échelle collective, qui détermine les individus plus que les individus qui déterminent le groupe (Abric, 2019). Le processus de développement personnel observé sur les CHRS 1 et 2, s'accompagne

sur les CHRS 3 et 4 d'un investissement sur le groupe, l'expérience du développement d'une conscience et de l'empowerment à une échelle collective (Hur, 2006 ; Maton, 2008). La conscientisation s'accompagne d'un sentiment d'identification au groupe à travers une vision commune des problématiques, d'une perception partagée du groupe comme espace de réflexion et d'échange dialogiques sur les vécus, les savoirs, les ressources (Israel et al., 1994 ; Jodelet, 2008 ; Smith & Sparkes, 2008). Le groupe permet d'étayer la pensée et l'identité, de donner sens aux conditions d'existences marquées par les inégalités et ainsi d'éviter une réelle désubjectivation liée aux situations d'exclusion (Vandecasteele & Lefebvre, 2006). Les résidents peuvent reconnaître les éléments de leur réalité qui relèvent de forces oppressives liées aux différences de position sociale, les obstacles structurels ou institutionnels, et les barrières systématiques qui les privent de leur pouvoir citoyen (Jemal, 2017 ; Kieffer, 1984 ; Lord & Hutchison, 1993 ; Watts et al., 2011). Les résidents peuvent s'ouvrir sur un futur porteur d'espoir en percevant de nouvelles possibilités pour agir sur leurs préoccupations et sur les situations d'oppression et d'exclusion (Fieulaine & Apostolidis, 2015 ; Lord & Hutchison, 1993). Le leadership collectif mobilise les résidents vers un pouvoir social au niveau individuel et communautaire (Cavalieri & Almeida, 2018).

6.9. Changement de paradigmes d'action et empowerment organisationnel

Sur les CHRS 3 et 4, les professionnels internes des CHRS ont davantage participé aux ateliers, ils ont fait évoluer leur regard sur les capacités des résidents et sur leur situation, contribuant à créer un champ psychologique favorable à un sens de la communauté entre résidents et professionnels. Ces derniers ont investi l'idée du collectif par l'expérience des ateliers et leur

implication qui leur ont permis progressivement de percevoir la plus-value et les bénéfices psychosociaux et relationnels de l'approche participative développée (Guétat-Bernard & Lapeyre, 2017). Ils ont pu construire ou affirmer ainsi des significations sur la participation par la dynamique relationnelle et représentationnelle qu'elle suscite chez les résidents et par l'opportunité donnée aux professionnels de pouvoir s'emparer des aspirations et de la demande du groupe. L'expérience des ateliers reconfigure ainsi leurs relations aux résidents et leur permet de reconstruire la réalité et le sens de leurs pratiques professionnelles vers davantage de prise en compte des dynamiques collectives et intersubjectives (Abric, 2003 ; Roulleau-Berger, 1995). Ils peuvent progressivement dessiner de nouvelles grilles de lecture qui articulent des savoirs professionnels déjà là centrés sur l'aide relationnelle autour de l'écoute et la prise en compte de la subjectivité des résidents (Gonin, 2008). De nouvelles représentations professionnelles sont également élaborées au sein des espaces interactionnels avec les résidents et dans ceux entre l'animatrice de l'action et les professionnels des CHRS (Michalot & Siméone, 2013). La participation y prend un sens pluriel (Carrel & Rosenberg, 2014), les professionnels l'évoquant à la fois pour enrichir la pratique professionnelle (*« favoriser une dynamique de groupe »*), permettre de mieux comprendre et améliorer la situation des personnes (*« être en phase avec la réalité »*), et accompagner *« la volonté de s'impliquer dans la collectivité, la société par des actions individuelles et collectives »*. Ces représentations, notamment lorsqu'elles sont partagées par plusieurs professionnels comme sur le CHRS 4 contribuent à créer une nouvelle identité professionnelle (Michalot & Siméone, 2013). Ces nouvelles pratiques proposées par l'action *« Santé Citoyenneté »* peuvent cependant aussi générer une tension épistémique (Bidart et al., 2012) entre de nouvelles représentations, une nouvelle identité professionnelle en train de se

construire et les pratiques quotidiennes d'intégration face à l'exclusion porteuses de représentations qui s'inscrivent elles dans des interactions interindividuelles entre un usager et un professionnel.

Ces raisonnements pluriels peuvent en effet coexister dans les univers de pensées des professionnels, ce que Moscovici caractérise par la polyphasie cognitive (Moscovici & Marková, 1998). Ces rationalités n'ont pas été perçues comme incompatibles sur les CHRS 3 et 4 et ont permis aux professionnels de faire évoluer le sens donné à leurs pratiques et leurs relations aux résidents en transformant leurs représentations professionnelles (CHRS 4), ou en affirmant la légitimité de pratiques participatives (CHRS 3). Sur les CHRS 1 et 2, l'implication faible des professionnels internes dans le processus participatif peut tout autant expliquer l'ancrage des représentations professionnelles dans des pratiques sociales centrées sur l'accompagnement individuel qu'être révélateur d'une tension épistémique entre pratiques collectives et individuelles (Gonin, 2008). Cette tension distingue un empowerment réduit aux capacités individuelles des résidents et l'expérimentation d'un empowerment centré sur la conscientisation et la capacité à travailler collectivement (Bacqué et Biewener, 2013 ; Calvès, 2009 ; Hur, 2006 ; Rappaport, 1987). L'enjeu étant de suffisamment investir ces espaces de participation dans le temps pour développer la confiance et la conscience critique (Jemal, 2017 ; Freire, 1974 ; Jennings, 2006), mais aussi pour inscrire ces nouvelles représentations et pratiques professionnelles dans les CHRS et les politiques publiques locales afin de créer un environnement soutenant et structurant (Wallerstein, 2006). En agissant à différents niveaux, comme par exemple l'expérimentation de cultures professionnelles visant l'émancipation, le développement de la participation dans les organisations socio-sanitaires françaises, la construction de politiques publiques qui permettent aux personnes d'exercer un

pouvoir de décision sur les déterminants de leur bien-être (Albuquerque, 2017 ; Cavalieri & Almeida, 2018 ; Tengland, 2008), ce sont de multiples stratégies de développement d'un empowerment organisationnel qui adviennent. En s'inscrivant dans la durée, ces stratégies plurielles entretiennent la possibilité de créer des contextes propices à l'exercice d'un pouvoir social (Speer & Hughey, 1995), voire d'un pouvoir politique par l'exercice d'une citoyenneté active où les personnes ne se sentent plus résignées et impuissantes (Kleba & Wendausen, 2009).

Discussion générale et conclusion

Synthèse des résultats

L'objectif de ce travail doctoral était de proposer une compréhension du processus d'empowerment en contexte de précarité et de rendre compte des logiques psychologiques et sociales qui président à son développement. En combinant les différents éléments empiriques recueillis et analysés lors des différentes opérations de recherche, dix-sept éléments peuvent être mis en avant pour éclairer comment ce processus d'empowerment s'initialise et se construit dans le temps, dans le champ de la promotion de la santé, et dans le contexte français.

- **Explorer les systèmes de représentations sur la participation, l'empowerment,** la citoyenneté, des acteurs insérés dans des stratégies de développement de l'empowerment.

Le poids des cultures professionnelles et organisationnelles a été souligné dans chacun des trois volets de recherche empirique. Ces cultures influencent directement le degré de participation des interventions et les conditions d'émergence et d'ancrage d'un processus d'empowerment qui investit le collectif. Il apparaît d'autant plus opportun, dans le contexte français, de travailler au préalable des interventions visant le développement de l'empowerment, à une réflexion critique avec les intervenants sur la participation des personnes. D'une part en cherchant à élaborer un cadre de pratiques participatives lisible et

partagé pour l'ensemble des parties prenantes, d'autre part en définissant une vision commune de la participation au départ.

- **Créer des premiers points de rencontres et d'échanges entre les différentes parties prenantes** aux positions sociales variées en rapport avec l'objectif poursuivi (exemple : habitants, professionnels, institutionnels impliqués sur la santé des enfants d'un territoire).

L'intérêt est d'inscrire d'emblée une dynamique intersubjective mêlant les asymétries de pouvoir en engageant des interactions centrées sur les déterminants sociaux les plus sensibles et qui reconnaissent et mettent en mots les conditions d'existence, les situations de précarité vécues, et accueillent les émotions. Ces premiers espaces, ou phase d'immersion, engagent d'emblée les différents acteurs ensemble sur une demande explicite ou implicite qui émerge de ces premières interactions en groupe(s). Il s'installe un champ psychologique propre à ces premiers espaces relationnels où se dessinent les possibilités et les opportunités d'une action collective.

- **Assurer un cadre relationnel contenant les vécus et souffrances psychosociales.** Installer un espace ressource et sécurisant qui permette de mettre en mots les situations vécues par les personnes qui font face au cumul de situations de précarité, à l'impuissance, à la résignation.

Les animateurs de ces espaces établissent des relations de confiance entre les personnes, instaurent un dialogue et un climat relationnel favorable à l'expression des priorités des

personnes. Les différentes parties prenantes participant à ces espaces font l'expérience de relations attentives et non asymétriques qui accueillent les souffrances psychologiques d'origine sociale. Les problématiques sont pensées par et avec les personnes, leurs conditions d'existence et leurs souffrances psychosociales sont reconnues par les pairs et les parties prenantes participantes (professionnels et/ou institutions). L'ensemble des personnes découvrent les problématiques communes, développent des compétences participatives, explorent les problématiques concernant les déterminants de santé les plus sensibles, et expérimentent un cadre qui permet d'être en lien et de vivre ensemble une démarche ascendante.

- **Accompagner la réflexion collective et l'émergence d'une demande collective.** Les problématiques communes partagées peuvent être considérées comme le premier élément qui rend possible la construction d'une réflexion collective, de significations partagées, d'une conscience collective des souffrances liées à des mêmes conditions d'existence, et des aspirations qui peuvent être transformées ou signifiées en une demande collective.

Cette demande est construite par les interactions en groupe, elle n'est pas la somme des priorités et aspirations individuelles des personnes. Elle est portée par l'ensemble des parties prenantes qui ont participé à son émergence. Elle s'inscrit dans le champ psychologique du groupe tout au long du processus participatif qui engage les différentes parties prenantes à s'impliquer et à agir. Elle est le moteur principal du processus d'empowerment sur les deux études de cas analysées à Marseille. Cette demande collective installe un empowerment collectif avec les personnes qui dépasse la simple consultation et concertation. Elle redéploie

les subjectivités individuelles et collectives en se construisant dans l'espace du groupe, elle restaure le sentiment d'être acteur du bien-être de la communauté et pour soi-même.

- **Développer l'intersubjectivité et le partage de ressources par les échanges.** Les personnes partagent et échangent leurs connaissances, leurs vécus similaires, leurs ressources, leur capital social et savoir-faire. Elles élargissent leur regard sur les déterminants sociaux les plus sensibles et y perçoivent de nouvelles perspectives, des choix moins limités.

Le partage de vécus similaires permet une identification à autrui où il devient possible de resignifier les situations vécues et son histoire. Par l'intersubjectivité, le dialogue avec soi et autrui transforme les affects (résignation, impuissance) en leur donnant du sens par les échanges collectifs. Les personnes élargissent leur regard sur les problématiques ciblées grâce à la dynamique intersubjective des échanges, elles développent leur propre expertise sur leurs priorités et peuvent donner du sens aux inégalités qui jalonnent leur quotidien. Les interactions intersubjectives se réalisent entre pairs mais peuvent s'étendre aux autres parties prenantes qui, ainsi, élargissent leur conscience et leur appréhension du retentissement des problématiques dans l'histoire de vie des personnes.

- **Mobilisation de personnes ressources et travail en réseau.** Les personnes et les acteurs décident des thèmes prioritaires à aborder lors des réunions ensemble ou lors d'ateliers de groupe. Des professionnels extérieurs ressources sur les thématiques sont invités à partager leur expertise et à prendre part au processus dialogique dans un rapport d'égal à égal et en s'appuyant sur les ressources déjà-là des personnes.

L'interconnaissance mutuelle entre les acteurs mis en réseau se développe. Les personnes et les différents acteurs connaissent mieux les nombreux dispositifs existants. De nouvelles opportunités et ressources extérieures sont perçues. Les différents acteurs sont organisés en réseau, ils peuvent élargir leurs connaissances et leur conscience des problématiques vécues par les habitants et construire un sentiment d'interdépendance. Un diagnostic communautaire sur le territoire concerné permet de créer un inventaire de possibilités et des moyens pour agir. De nouvelles formes d'interaction sont à l'œuvre entre les professionnels extérieurs et les personnes qui se sentent valorisées par l'attention de ces derniers.

- **Développer la croyance dans la capacité du groupe à utiliser ses compétences et les nouvelles ressources.** Développer des espaces relationnels et participatifs soutenants qui offrent de multiples possibilités d'apprentissage et de coopération sur les déterminants sociaux prioritaires.

Le co-apprentissage de connaissances, de compétences et de ressources se réalise en interagissant de manière horizontale avec les professionnels extérieurs ou les partenaires de la coalition communautaire. Les expériences recensées et les deux études de cas soulignent notamment l'intérêt de développer les compétences relationnelles, collaboratives, communicatives voire politiques tournées vers le groupe ou la communauté large. Les personnes s'unissent, s'entraident, développent la confiance et la capacité à enrôler des acteurs clés et à produire des changements dans leur environnement.

- **Créer l'expérience de l'interdépendance entre les différents acteurs par l'engagement des différentes parties prenantes dans le processus participatif.** Que les professionnels internes des structures ou les différents acteurs sur un territoire participent aux réunions de groupe avec les personnes, qu'ils créent l'expérience de travailler ensemble sur des problématiques communes, qu'ils s'investissent relationnellement par des interactions répétées.

S'expérimente alors des interactions moins asymétriques, plus égalitaires, et interdépendantes englobant les préoccupations et les aspirations les plus signifiantes des personnes. L'habitant ou l'usager n'est plus réduit à des besoins à satisfaire mais est représenté au travers des solutions à construire dans un *pouvoir avec*. Vivre l'expérience de relations d'interdépendance, non asymétriques et non oppressantes permet aux professionnels de construire leurs significations sur la participation. Leur écoute est centrée sur les préoccupations les plus profondes des personnes. La dynamique interactionnelle permet de consolider une demande qui est prise en compte et reconnue par les différents acteurs engagés dans le processus participatif.

- **Développement de la conscience critique sur les inégalités sociales de santé dans les relations d'interdépendance.** Une des originalités de l'ensemble des résultats est de penser et d'étendre le processus de conscientisation avec les professionnels, les représentants institutionnels et les décideurs impliqués.

La dynamique de groupe entre pairs, et la dynamique interactionnelle entre les personnes et les professionnels et/ou les représentants institutionnels et les décideurs qui engagent une réflexion critique sur les thèmes les plus sensibles qui relèvent des inégalités sociales,

stimulent la participation et le développement communautaire. Une conscience sociale avec les professionnels ou tripartite engagent l'action vers différents secteurs, de multiples collaborations, et un rôle civique partagé (et non seulement centré sur les habitants ou les usagers) pour contribuer à changer les conditions défavorables d'existence. Cette conscience critique étendue permet d'autant plus aux personnes de se détacher de la norme d'adaptation individuelle, de la norme d'internalité, et des croyances intériorisées dévalorisantes, discriminantes et excluantes.

- **Investissement dans le collectif et identification au groupe.** Les espaces de problématisation entre pairs, tournés vers les préoccupations communes ou de la communauté large d'un territoire, favorisent un sentiment d'appartenance à la communauté formée et une identification au groupe.

Les personnes portent une demande collective de changement construite dans le groupe ou dans d'autres instances participatives qui les engage à être ensemble, à poursuivre des objectifs communs et expérimenter des nouveaux rôles, à se constituer en organisation collective autonome. Au sein de cet espace relationnel microsocial, elles portent la conscience sociale des déterminants sociaux prioritaires diagnostiqués. Elles nouent de nouveaux liens sociaux tournés vers la citoyenneté et l'intérêt collectif, et développent un sens de la communauté, soit la croyance que la demande construite collectivement pourra être satisfaite par leur engagement à être ensemble.

- **Sens construit par les professionnels sur la participation par l'expérience de l'approche communautaire ou participative.** Les professionnels expérimentent des espaces relationnels participatifs et investissent le collectif, ils construisent de nouvelles significations sur la participation, sur le rôle des habitants, et sur les capacités des usagers.

Les professionnels peuvent s'inspirer des compétences communautaires qu'ils ont expérimentées dans l'action, ils participent au processus de réflexion critique sur les inégalités sociales. Par les espaces d'interactions répétés, l'expérience de travailler avec les personnes sur leurs problématiques prioritaires, ils expérimentent des relations d'interdépendance englobant les préoccupations et les aspirations les plus importantes. Ils investissent l'idée du groupe et de nouvelles croyances dans les capacités des résidents en reconnaissant leur vécu et leurs ressources. Ils apprennent de nouveaux modes d'interagir et de penser avec les personnes et investissent de nouvelles pratiques professionnelles centrées sur le collectif.

- **Croyance des personnes à agir collectivement et en la capacité collective de créer un changement par leurs actions.** Emergence d'un leadership collectif de groupe ou organisé autour d'un noyau dur de personnes. Les personnes développent des objectifs communs.

Les petits groupes entre pairs favorisent l'émergence d'un leadership collectif qui inspire d'autres personnes du groupe ou de la communauté, et parvient à enrôler de nouvelles personnes. Ce leadership collectif investit l'idée du groupe, des objectifs communs et un sens de la communauté. Les idées échangées vont être transformées en projets collectifs centrés sur les priorités du groupe ou du territoire. En développant une conscience collective du groupe, la croyance en une capacité collective de créer un changement ensemble par leurs actions, les personnes réunies en collectifs investissent un pouvoir social et un engagement

civique, elles apprennent à défendre leurs propositions et l'intérêt commun, à formaliser des recommandations.

- **Engagement dans le collectif et action communautaire.** Les personnes défavorisées mobilisées et actives pour favoriser le changement social s'engagent ensemble pour travailler sur les déterminants prioritaires. Elles sont légitimées et reconnues pour leurs activités et leur action.

Les organisations entre pairs et les groupes de travail associant plusieurs acteurs aux positions sociales variées (habitants, professionnels, institutionnels) mobilisent des personnes ressources, diffusent un esprit de coopération, établissent des relations de confiance, et assurent un dialogue horizontal sur les préoccupations principales. Chaque groupe travaille collectivement à la mise en place de solutions, d'activités et d'actions. Leur engagement est reconnu lorsque les organisations acquièrent un statut (associatif par exemple) ou lorsque leurs objectifs sont intégrés dans des plans d'action.

- **Posture centrale de soutien et de facilitateur d'un animateur communautaire.** Il porte une attention constante à la création de relations et insuffle la croyance dans les capacités collectives et dans la plus-value de la démarche participative avec les personnes.

L'animateur promeut la coopération entre les différentes parties prenantes et il obtient la collaboration avec de nouvelles personnes et organisations ressources. Il veille à un climat relationnel d'égal à égal entre les membres eu égard à leur appartenance, en encourageant le partage de points de vue et la participation constante. Il porte son attention sur le processus

participatif plus que sur les résultats attendus en encourageant les interactions. Il encourage les initiatives ascendantes et la dynamique de travail en petits groupes pour favoriser le leadership. Il tente d'apaiser les zones de conflictualités entre les acteurs dans le partage de l'expertise, ainsi que dans la définition des priorités et des actions à engager.

- **Cultures et cadres professionnels et organisationnels limitant la participation ou inhibant l'empowerment.** Faible investissement sur les logiques participatives et les initiatives ascendantes. Cadre intra-organisationnel limitant l'engagement des acteurs dans l'engagement communautaire.

Faibles marges de manœuvre des acteurs mobilisés dans leur propre organisation pour peser sur les décisions, engager de nouvelles ressources, ou envisager des modifications organisationnelles dans le fonctionnement des services ou des prestations. Peu de systèmes de croyances basés sur le groupe, la participation, et la santé communautaire. Difficulté à enrôler des personnes ressources clés et des décideurs. Absence de modèle préalable opérationnel partagé du développement de l'empowerment. Mécanismes de régulation limitant la participation à la consultation. Logiques descendantes de l'action publique. Tendance à réduire l'action communautaire au diagnostic et au plaidoyer. Risque de vouloir contrôler et réguler le processus participatif au sein des schémas descendants de l'action publique.

- **Appropriation par les acteurs du processus participatif permettant de développer l'empowerment.** Évolution des pratiques et paradigmes d'intervention habituels. Recherche d'intégration des actions et activités participatives dans des cadres préexistants de l'action publique locale.

Les professionnels ont acquis des compétences sur l'approche participative (sentiment d'être davantage outillés) et saisissent l'opportunité de travailler collectivement sur des objectifs communs avec les personnes. Ils deviennent des facilitateurs du processus d'empowerment. Investissement de la participation dans les instances existantes comme le Conseil de la vie sociale. Autonomisation des organisations communautaires (exemple des associations de parents d'élèves). Développer une culture commune de la participation qui dépasse le niveau consultatif.

- **Pérennisation du processus participatif permettant de développer l'empowerment.** Intention et capacités des acteurs à poursuivre la démarche participative. Acquisition de compétences dans la structure qui permettent de pérenniser sous différentes formes le processus participatif initié.

Les acteurs qui ont expérimenté la démarche participative se l'approprient au sein de leur organisation et développent des espaces collectifs participatifs et des alliances avec les professionnels et organisations ressources extérieures qui ont participé au processus initial. Les actions et les ateliers se poursuivent sur les thématiques prioritaires, les coopérations se développent, différents secteurs sont investis pour répondre aux déterminants de santé ciblés. La pérennité financière de la démarche participative est assurée. Des instances

participatives sont développées et instituées dans les politiques publiques (exemple du conseil de citoyens).

Limites

La complexité et le caractère multidimensionnel du processus d'empowerment tiennent pour partie au fait qu'il est fondamentalement lié aux questions de pouvoir, aux inégalités, aux opportunités et aux positions sociales dans une société donnée (Sardenberg, 2009). La façon de penser les logiques d'inclusion et d'exclusion sociales conditionne par exemple les stratégies déployées pour développer l'empowerment des individus et des groupes (Gaventa, 1998). En fonction de l'histoire sociale d'un pays, les interventions sociales, éducatives, préventives vont en particulier encourager de façon différenciée les organisations collectives pour traiter les situations de précarité. En recherchant des principes généraux et des mécanismes psychosociaux stables au sein de la revue de la littérature et des deux études de cas françaises, le poids des contextes socio-économiques au niveau macro a pu de ce fait être négligé (Albuquerque, 2017). Tous les contextes relationnels et politiques d'une société donnée ne permettent pas la même croissance du processus à un niveau communautaire. L'étude comparative entre l'Inde et la Suède sur le développement de pratiques sociales tournées vers la communauté (Sjöberg et al., 2015) illustre ce traitement différencié des situations de précarité. Bien que dans les deux pays le groupe et le développement communautaire soient investis, à Stockholm, les travailleurs sociaux s'appuient sur le groupe pour viser le développement de l'empowerment personnel, par l'exercice de nouveaux rôles dans le groupe par exemple, mais il ne semble pas y avoir d'objectif direct d'empowerment collectif visant le changement social. A Mumbai, un aspect essentiel du travail communautaire est à l'inverse d'organiser les personnes autour d'un empowerment collectif pour renforcer le pouvoir des groupes marginalisés et pour réaliser des changements sociaux. De la même façon, en termes d'empowerment organisationnel, le travail intersectoriel et de réseau entre

les différents acteurs visait à mieux définir les problèmes et les solutions en Suède, alors qu'en Inde l'intention était de faciliter et de créer un dialogue avec l'ensemble des acteurs y compris les politiciens locaux. Dans les pays occidentaux développés comme la Suède, la précarité est objectivée et encadrée dans un système structuré d'aide sociale, contribuant à penser l'inclusion sociale sous un mode individualisé. Le travail communautaire à Mumbai est lui réalisé dans un contexte d'extrême pauvreté, où les situations d'exclusion sociale sont traitées dans le secteur social informel ou au travers d'ONG. La conscientisation de leur position sociale et la construction d'un espoir se sont ainsi développées autour des figures symboliques de Gandhi ou du Bouddha pour inspirer les personnes vers l'empowerment collectif et développer la mobilisation sociale et l'empowerment à un niveau communautaire. Paradoxalement, l'attention portée aux multiples problématiques de précarité dans une société donnée peut contribuer à l'inverse, sous les influences néolibérales, à maintenir les personnes dans des processus de désubjectivation et de précarisation où l'assistance ne permet pas d'investir d'autres sphères transubjectives qui reliraient les communautés de sort (Jodelet, 2008, 2011). Une revue narrative de la littérature permettrait d'offrir une lecture critique qui prenne en compte ces nombreux éléments à discuter (Green et al., 2006), d'un point de vue des ancrages idéologiques et des aspects contextuels du développement de l'empowerment notamment. Cette revue narrative, en offrant un regard large et critique du phénomène d'empowerment, serait complémentaire de la revue systématique réalisée pour mieux prendre en compte les soubassements culturels et socio-historiques qui conditionnent le développement de l'empowerment. En effet, si la revue systématique a permis de se centrer sur l'empowerment en tant que processus et une mise en commun des données entre les différentes études, elle ne rend pas nécessairement compte de toute la complexité et de

la richesse conceptuelle du concept et de l'approche de l'empowerment (Adams, 2003 ; Israel et al., 1994 ; Kieffer, 1984 ; Rappaport, 1984).

Cette limite est d'autant plus à propos lorsque l'on considère la nature complexe des interventions en promotion de la santé ou dans le travail social qui visent le développement de l'empowerment (Craig et al., 2008 ; Desgroseilliers & Vonarx, 2014 ; Pagani, et al., 2017 ; Skene, 2022). L'exemple du programme *« La santé à Saint-Mauront Belle-de-Mai : On s'y met tous ! »* montre combien, malgré une stratégie ascendante intensive organisée autour de multiples instances participatives (conseil citoyen, assemblées plénières, réseau de santé communautaire), le développement communautaire se construit en partie en marge ou en opposition aux modes de traitement descendant de l'action publique sur les territoires défavorisés français, que ce soit dans l'action sociale, l'accès aux droits et à la santé, ou au sein de la politique de la ville (Carrel & Rosenberg, 2014 ; Goudet, 2011 ; Kirszbaum, 2010). La lecture des idéologies par l'étude des représentations et des pratiques sociales en œuvre dans les interventions visant l'empowerment contribue à cerner les manières de penser qui régissent un espace culturel donné (Jodelet, 1991). En tant que *« science des phénomènes de l'idéologie »* (Moscovici, 1984), la psychologie sociale offre ainsi des approches et outils utiles pour cerner la pluralité des significations adossées à des pratiques interventionnelles dans l'espace social, et prendre le contre-pied par exemple de la volonté de standardiser sur le plan international les expériences participatives en déniant les catégories de pensées qui composent la diversité de sens donnés à ces pratiques (Mazeaud & Nonjon, 2016). Le développement économique en Occident va de pair avec une dégradation du marché de l'emploi, une plus grande fragilité de la sociabilité, et des politiques sociales *« qui se fondent de plus en plus sur des mesures catégorielles proches de l'assistance »* (Paugam, 2012).

Sécurité et mobilité y sont conciliées au sein d'une inclusion sociale pensée d'abord par le travail et les efforts de l'individu lui-même pour y accéder malgré l'instabilité croissante des situations et du marché de l'emploi (Castel, 2000). L'idéologie libérale y cultive un empowerment où l'autonomie et la responsabilité personnelle priment sur les analyses de lutte de pouvoir, sur les inégalités d'accès aux ressources et sur les opportunités (Ehrenberg, 2010 ; Fugier, 2018). Les dynamiques collectives pour la justice sociale sont finalement peu encouragées et soutenues sur la durée, comme le montrent les exemples à Malmö ou sur les quartiers marseillais de Saint-Mauront et Belle de Mai, auxquels peuvent s'ajouter parmi les études recensées au sein de la revue de la littérature, les expériences communautaires auprès de familles rurales d'origine mexicaine et celle avec les personnes sans abri aux Etats-Unis où les institutions marquaient une réticence voire une absence de réponse pour collaborer ou permettre aux personnes de développer un pouvoir (Jasis, 2019 ; Ware, 1999). En Russie, la tendance à se centrer sur des réponses individuelles et urgentes dans le travail social prenait le pas sur des logiques coopératives et de revendications pour la justice sociale, économique et institutionnelle (Sätre, 2014). Le processus de précarisation en œuvre avec la mondialisation (Gaventa, 1998), qui favorise l'isolement et les réponses assistancielles (Furtos, 2000 ; Parizot, 2003 ; Paugam, 2012), couplé aux logiques néolibérales qui encouragent des modes de réponses individualisés au détriment du collectif, posent clairement les limites actuelles pour développer des politiques publiques et des interventions qui investissent réellement des modalités participatives et un empowerment communautaire, organisationnel voire politique (Calvès, 2009 ; Cantelli, 2013 ; Labonté, 1994 ; Pettit, 2012 ; Prévot, 2010). Dans un contexte français où l'importation récente de la notion d'empowerment au début des années 2000 (Bacqué & Biewener, 2013) contribue à un ancrage pluriel dans ses significations,

se pose la question de savoir si un empowerment à la française peut réellement advenir (Carrel & Rosenberg, 2014 ; Dane, 2007). Les pratiques et représentations professionnelles sont en effet marquées par un déficit historique de sens donné à la communauté et à la participation, peu de repères théorico-pratiques pour développer en France des démarches et dynamiques communautaires[6], et par la difficulté d'institutionnaliser de réelles politiques et pratiques participatives malgré quelques avancées récentes bien que dispersées au sein de la politique de la ville et au travers de la démocratie sanitaire (Bacqué & Mechmache, 2013 ; Demailly, 2014 ; Letourmy & Naiditch, 2009). Si ce travail doctoral propose des repères théorico pratiques pour le développement d'un empowerment contextualisé au paysage culturel français, il s'inscrit également dans la limite des contingences historiques de déficit de sens construit sur les notions d'empowerment et de participation, laissant le champ libre à l'expression de systèmes représentationnels aux ancrages idéologiques disparates au sein des interventions sociales ou de promotion de la santé (Gonin, 2008 ; Labonté, 1994). L'étude de cas multiple en CHRS montre ainsi l'importance de prendre en compte les cultures professionnelles et organisationnelles dans le développement de l'empowerment. Les professionnels y ont développé et activé des raisonnements pluriels où coexistent les injonctions des politiques sociales fondées sur l'autonomie, les logiques d'assistance et de dépendance aux services, et le développement des croyances favorables à la participation, la création de relations d'interdépendance avec les résidents. Pour autant, la revue de la littérature réalisée ne compte à ce jour aucune expérience française. A l'inverse, les expériences étatsuniennes constituent 55% de la revue de la littérature des études recensées.

[6] Citons tout de même l'Institut Renaudot qui vise à promouvoir les démarches communautaires en santé et de développer, soutenir et renforcer les interventions afin d'associer tous les acteurs (habitants – professionnels – élus, Institutions) depuis l'évaluation des besoins de santé jusqu'à la réalisation des actions et leur évaluation. (institut-renaudot.fr)

L'empowerment et les mouvements communautaires ont en effet émergé dans les années 60 suite aux mouvements sociaux et politiques pour les droits civiques, en particulier par l'organisation des communautés pauvres et des minorités ethniques encouragée et soutenue financièrement par l'état (Bacqué, 2006 ; Dane, 2007 ; Le Bossé, 2003). La participation s'y est ainsi développée autour de la construction de contre-pouvoirs locaux par la structuration d'associations communautaires et des coalitions de quartier créant un réel pouvoir de pression, *« souvent sous forme de lobbying, de véritables contre-pouvoirs qui peuvent remettre en cause des projets importants, organiser des boycotts commerciaux par exemple, déstabiliser les instances politiques locales »* (Bacqué, 2000). Au fil des décennies et de l'avènement de stratégies politiques beaucoup plus libérales, la portée radicale de l'empowerment s'est néanmoins affaiblie dans des rhétoriques et des modes de gestion de l'action publique qui se veulent plus consensuelles, promouvant le partenariat, et se limitant aux habitants les plus actifs. Plusieurs travaux empiriques de la revue de la littérature soulignent néanmoins que ces dynamiques d'empowerment centrées sur la lutte pour le changement social perdurent aux Etats-Unis : la conscience et la confrontation aux limitations imposées par les institutions, l'administration ou le pouvoir politique local (Cox, 1992), les initiatives communautaires pour agir sur différents déterminants sociaux tels que le logement, l'emploi, la santé, l'éducation, et une variété de services sociaux (Eisen, 1994), la participation directe de leaders communautaires pour défendre leurs propositions dans les délibérations politiques locales (Douglas et al., 2016), les actions de pression par la communauté sur la municipalité pour obtenir des aménagements urbains (Flick et al., 1994), des activités de plaidoyer pour la justice et le changement social sur des déterminants difficiles à influencer à l'échelle de la communauté (Sisselman-Borgia, 2021). En considérant le processus de

précarisation comme l'intériorisation d'une impuissance sociale, politique et psychologique, ces approches plus radicales d'empowerment en tant que *« processus socio-politique »* (Bacqué & Biewener, 2013) soutiennent les changements de conscience des individus et des groupes vers un pouvoir social et politique (Hur, 2006). En étant plus conscient de leur situation et d'eux-mêmes, les personnes peuvent utiliser cette nouvelle conscience collective (je ne suis pas seul à être confronté à ces problématiques), sociale (les problèmes individuels ou collectifs sont influencés par la façon dont la société est organisée) et politique (la solution des problèmes d'ordre structurel passe par le changement social) pour agir collectivement (Ninacs, 2002 ; Pettit, 2012). En France, comme le souligne l'expérience du programme *« La santé à Saint-Mauront Belle-de-Mai : On s'y met tous ! », « la culture administrative et politique descendante (topdown) française alimente la crainte des responsables et élus de voir des contrepouvoirs se développer et freine la mise en œuvre de formes communautaires du travail social communautaire, qui questionnent en effet les institutions et les inégalités »* (Carrel & Rosenberg, 2014).

Pour la France, une des stratégies de recherche est ainsi d'apprendre davantage comment les contextes, les organisations et les pratiques favorisent ou au contraire défavorisent le développement de l'empowerment psychologique, communautaire et le changement social (Maton, 2008). Et ce, tant d'un point de vue de l'enrichissement de pratiques professionnelles tournées vers le collectif, que des mécanismes possibles de transformation des institutions bien qu'ils soient peu souvent encouragés par les chefs de services ou les directions des institutions (Carrel & Rosenberg, 2014). A l'heure de la réduction des inégalités sociales de santé, de la lutte contre l'exclusion, et de la participation promues par exemple par le dernier plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale, l'enjeu est de taille de pouvoir

s'inspirer de cultures organisationnelles et professionnelles de travail communautaire dans d'autres pays même si elles s'inscrivent dans des contextes socio-historiques et politiques qui rompent avec l'idéal de l'état providence à la Française (Castel, 2000 ; Dane, 2007). A ce titre, une des limites importantes de cette revue de la littérature est de s'être restreint à la littérature anglo-saxonne alors que l'empowerment en tant qu'approche s'est en grande partie construite en Amérique latine au travers de la philosophie et de la méthode de conscientisation développée dans le champ de l'éducation populaire par Paulo Freire (1974). Si cette approche a été utilisée avec succès pour créer des conditions plus équitables en Europe depuis plus de 50 ans dans la lutte contre les inégalités sociales de santé, elle reste néanmoins largement inconnue et son potentiel finalement peu exploité dans les pratiques en santé publique et en promotion de la santé (Wiggins, 2011). Des recherches et interventions innovantes aux racines idéologiques plus marquées ont nécessairement été réalisées en Amérique Latine. Leur exploration au travers de la littérature nécessiterait de mieux recouvrir le champ lexical de l'empowerment, tel que l' *« empouvoirement »* (néologisme utilisé en Amérique Latine), *« empoderamiento »* en espagnol, ou *« empoderamento »* au Brésil (Baquero, 2012 ; Saïas, 2009). Il serait erroné néanmoins d'idéaliser les contextes sud-américains dans les interventions et pratiques promouvant l'empowerment des communautés. La pauvreté parfois endémique est telle qu'elle freine parfois tout processus participatif réel qui n'est pas non plus nécessairement la priorité des interventions financées bien que l'argument de la participation soit mis en avant. Le développement de visions critiques de la société n'est également pas toujours bien accueilli et il est constaté certaines tentatives de limiter les initiatives des communautés (Martínez, 2009).

Contributions et perspectives du travail de thèse

Rompre avec les approches asymétriques

En analysant les situations de précarité vécue par les personnes selon les différents niveaux d'explication de Doise (1982), les niveaux des relations interpersonnelles et positionnelles peuvent être considérés comme un fort enjeu pour les pratiques professionnels de l'aide sociale, de la prévention et promotion de la santé, et des psychologues sociaux et communautaires. Au niveau individuel et intrapsychique, les approches visant le développement de l'empowerment des personnes et des groupes en situation de précarité nécessitent de se centrer sur leur histoire de vie et de considérer leur subjectivité étroitement liée au besoin de reconnaissance sociale de leurs conditions de vie et de leur vécu. Pour les professionnels, cela questionne directement les aspects positionnels de leurs pratiques et dans quelle mesure les cadres d'intervention génèrent des relations asymétriques ou au contraire des modalités relationnelles centrées sur les aspirations et les ressources des personnes dans une relation d'égale à égale. L'inscription sociale des personnes en proie à des processus de désubjectivation et de repli sur soi sera facilitée si elles se sentent de nouveau estimées par autrui et la société. Au niveau interindividuel, que ce soit dans la relation d'aide entre un professionnel et la personne ou dans les espaces collectifs et communautaires d'entraide entre pairs, la reconstruction possible d'un lien social et le développement d'un soutien social matériel, émotionnel ou d'estime permet de contrecarrer les mouvements de déliaison, de disqualification, de dévalorisation et de repli sur soi à l'œuvre dans le processus de précarisation (Fugier, 2018 ; Paugam, 2012). Sur le plan idéologique, l'importation encore récente de l'empowerment en France nécessite une réflexion critique des professionnels sur

ses ancrages à la fois historiques et contemporains (Aujoulat, 2007 ; Bacqué & Biewener, 2013 ; Calvès, 2009 ; Carrel & Rosenberg, 2014 ; Dane, 2007). Face à des dispositifs de l'aide sociale et des pratiques professionnelles déstabilisés par la discontinuité des trajectoires sociales et des mutations socio-culturelles où la flexibilité et l'adaptation deviennent la norme, les paradigmes du champ social et de la promotion de la santé se retrouvent pris dans des rationalités plurielles. Ces logiques s'insèrent dans des cadres de pensées et conceptuels nouveaux tels que les démarches de santé communautaire, le développement de compétences psychosociales, les pratiques participatives. Ces rationalités multiples s'ancrent dans des représentations professionnelles où l'écoute centrée sur la personne, l'approche globale de la santé par les déterminants sociaux, l'autonomie et l'individu acteur, la lutte contre l'exclusion sociale viennent cohabiter avec des modèles déjà intégrés dans les pratiques tels que celui de l'assistance, de l'accompagnement social, de l'éducation à la santé, du modèle éducatif, de l'éducation populaire. Plusieurs représentations de leur rôle professionnel, en tant qu'agents sociaux de l'insertion ou en tant qu'animateurs en promotion de la santé par exemple, peuvent ainsi coexister et peuvent entraîner des attitudes différentes dans la relation aux personnes et des pratiques préventives plurielles (Abric, 1996). Cette polyphasie cognitive (Moscovici & Marková, 1998) sous-tend un dialogue entre les paradigmes et des tensions épistémiques dans les espaces intersubjectifs avec les personnes, lorsque des formes de raisonnement ne sont pas compatibles (Bidart et., 2012). Les pratiques participatives et collectives en France restent en effet peu présentes même si des expériences de travail social communautaire, de santé communautaire, de démocratie sanitaire se développent, et qu'avant ces espaces d'innovation récents, l'éducation populaire occupait une place de choix dans les paradigmes socio-éducatifs (Carrel & Rosenberg, 2014). Leur

importation en France au début des années 2000 avec celle de l'empowerment s'ancre ainsi sur des approches plutôt libérales sur le plan idéologique, centrées notamment sur le développement des capacités individuelles, l'auto-détermination, le libre choix, l'agentivité ou l'auto-efficacité, plus rarement sur les processus de réduction des inégalités sociales et le développement d'organisations ou de dynamiques communautaires en investissant le collectif (Diane, 2007 ; Morin et al., 2019). Ce qui constitue pour Bacqué & Biewener (2013) une *« diversité contradictoire de pratiques et de motivations »* dans l'appropriation récente de l'empowerment en France puisqu'elle revendique dans le même temps le potentiel émancipateur de l'approche, le contrôle par les citoyens, la participation, ainsi que la subjectivité, les identités sociales et l'action des personnes dans le champ des sciences sociales. Nous pouvons retrouver cette pluralité dans les deux études de cas présentées, et surtout dans quelle mesure elle peut s'exprimer chez les professionnels par des mouvements défensifs pour réduire la tension épistémique que provoque l'implantation d'une démarche participative au sein de politiques publiques descendantes et d'injonctions normatives centrées sur l'insertion par le travail, le logement autonome, ou la promotion de comportements favorables à la santé (Bernardet & Thalineau, 2018). Ainsi, les professionnels peuvent adopter des stratégies d'évitement d'interactions qui, de par la différence de position sociale entre les acteurs impliqués, induisent une altérité. Les aspirations, les demandes, les choix des personnes en situation de précarité qui conscientisent progressivement leurs difficultés et leurs problématiques et parviennent à les mettre en mots ne collent par exemple inévitablement pas ou plus avec les attentes des dispositifs existants ou les cadres d'intervention des professionnels. La participation permet un dialogue intérieur avec soi puis avec ses pairs où par l'identification à des problématiques communes, les personnes peuvent

attribuer un nouveau sens à leur quotidien et leurs possibilités d'agir, et cheminer vers une réflexion critique sur *« l'intériorisation des impositions sociales »* (Jodelet, 2008). Par la réflexivité, l'analyse en groupe de leurs difficultés, et l'ouverture aux autres, les échanges dialogiques, les personnes peuvent repenser leur rapport au monde, affirmer des choix qui correspondent davantage à leurs aspirations (Freire, 1974 ; Marková, 2011). Dès lors, pour les professionnels engagés dans une dynamique participative avec les personnes, des zones conflictuelles au niveau intrapsychique et interindividuel peuvent émerger, d'une part au travers de l'expérience et la mise en pratique de modalités d'interactions horizontales nouvelles, et d'autre part par les conflits épistémiques que génèrent la confrontation de représentations professionnelles de leur rôle aux significations contradictoires. Sardenberg (2009) illustre bien ces changements dans la structure des relations au niveau individuel et collectif en définissant l'empowerment comme *« un processus à la fois relationnel et conflictuel »*. Parce que les pratiques participatives s'inscrivent dans des espaces d'interactions et de relations intersubjectives entre des acteurs aux positions sociales différentes, elles articulent *« un ordre structurel et un ordre relationnel (…) régis par des conflits à des rapports de domination »* (Roulleau-Berger, 1995). Au sein de ces espaces participatifs, la confrontation des différentes rationalités provoque des conflits de sens entre des idéaux professionnels ancrés dans des éléments de langage qui prônent l'émancipation, la mobilisation collective et citoyenne, le lien social, l'humanisme, et des pratiques restreintes dans des cadres de politiques sociales qui visent à faire des individus pris dans des processus de précarisation des citoyens responsables et autonomes capables de s'engager dans un projet d'insertion par le travail ou de devenir des citoyens modèles qui se professionnalisent ou s'organisent en association. Ces aspects idéologiques et paradigmatiques invitent à

s'intéresser à la façon dont cette tension s'actualise en situation d'interaction dans les démarches participatives, en particulier comment elles vont marquer des différences de position sociale qui introduisent la question du pouvoir et des mécanismes de domination (Doise, 1982).

Des approches collectives désindividualisantes en psychologie, en promotion de santé, et dans le travail social

Un des enjeux majeurs pour réellement développer des approches visant l'empowerment des personnes est d'investir l'espace du collectif. Seule une petite part des travaux recensés dans la littérature s'intéresse prioritairement au développement de l'empowerment personnel dans le cadre de la relation interindividuelle entre un professionnel et un usager. La majorité des travaux empiriques s'inscrivent dans l'espace du groupe ou d'une organisation communautaire. Ces espaces permettent aux personnes d'exprimer leurs préoccupations et leurs aspirations, ils invitent les professionnels à inciter les personnes à réfléchir sur leurs désirs de changement, à partager les ressources extérieures nécessaires entre pairs, et à définir leurs priorités. Lorsque le dialogue s'installe, le partage d'histoires et de vécus similaires est rendu possible, les professionnels acquièrent une meilleure compréhension des situations et des problématiques des personnes. Leur rôle à ce stade est de reconnaître d'une part les préoccupations prioritaires sur différents déterminants sociaux du bien-être et de la santé des personnes, et d'autre part la souffrance psychique due à leurs conditions d'existence et les obstacles à la participation. Les intervenants se voient ainsi confrontés à la souffrance et à l'impuissance qu'éprouvent les personnes en situation de précarité ou en voie d'exclusion sociale (Vandecasteele & Lefebvre, 2006). Parmi les études de terrain recensées

dans divers pays, ces souffrances sont à mettre en relation à la pauvreté, aux faibles revenus et à la diminution des aides sociales, aux politiques et situations d'exclusion sociale de publics défavorisés et en zone rurale, aux violences urbaines et aux traumatismes vécus, aux inégalités sociales et de genre, au manque de ressources, à la privation de droits et à la perte de pouvoir et de possibilités que cela occasionne. Pour les intervenants communautaires, la mise en mots et les interactions langagières entre les personnes de ces conditions d'existence et de ces injustices sociales dans l'espace du groupe est la première étape pour permettre la mise en sens et la reconnaissance de ces souffrances d'origine sociale (Smith & Sparkes, 2008 ; Stern, 2005). Le groupe et la communauté peuvent faire office de cadres contenant des situations de détresse, d'impuissance et de précarité psychique (Furtos, 2007, 2011). Les liens sociaux qui s'y développent progressivement permettent de mettre en mots les expériences de précarité et d'exclusion vécue. Les personnes se sentent suffisamment en sécurité sur le plan émotionnel pour partager leurs expériences communes, leurs difficultés, leurs échecs. Pour Mc Millan (1996), la protection du groupe contre la honte est l'élément le plus important en termes de sécurité émotionnelle lorsque les personnes partagent les mêmes conditions d'existence défavorables. L'homogénéité du groupe et la découverte de similitudes constituent la dynamique essentielle du développement communautaire dans les premiers temps de rencontre et d'interactions. Sur les CHRS, les premiers échanges entre résidents, une fois les problématiques prioritaires définies, ont permis de mettre en mots des mêmes réalités sociales, et d'accéder aux significations que les uns et les autres en donnent. Ils ont pu partager des trajectoires sociales marquées par la précarité, l'instabilité et l'injustice, sans crainte d'évaluation de leur situation ni de jugement de leurs capacités. Par le dialogue interne, ils peuvent s'autoriser à visualiser et réinterpréter certaines situations de vie

inconfortables ou marquées par la souffrance. Ils peuvent, au sein d'un environnement relationnel sécurisant marqué par la confiance (Jennings et al., 2006), exprimer des émotions telles que la colère, l'indignation, la honte, l'humiliation, et la peur, et accueillir les expériences de déception, de désillusion au sein d'histoires individuelles et collectives (Furtos, 2011). Le groupe peut ainsi être considéré comme un lieu de resubjectivation par la construction de sens donné aux expériences et l'identification aux situations vécues (Jodelet, 2008). Les personnes y explorent leur intériorité (affects, pensées, et même désirs) et ne limitent plus la mise en représentation de leur souffrance et de leurs situations en référence aux exigences normatives d'adaptation et de réussite individuelle qui les entraînent dans une honte de soi paralysante (Fugier, 2018).

Il incombe à l'animateur, à l'intervenant social, au psychologue social ou communautaire d'être le garant de cette sécurité émotionnelle, de préserver les individus de la honte de soi grâce à la découverte de similitudes et de leur montrer qu'ils ne sont pas seuls à vivre leurs problématiques liées à la précarité (Cavalieri & Almeida, 2018 ; Mc Millan, 1996 ; Ninacs, 2002). L'homogénéité du groupe favorise des interactions sociales où l'identification à autrui est possible. Le partage des vécus, l'écoute des trajectoires sociales des uns et des autres, favorisent un dialogue compréhensif avec soi, autrui et le monde où la souffrance psychosociale est identifiée et mise en conscience (Moscovici, 2005 ; Stern, 2005). Les expériences de précarité et d'injustices sociales sont mises en mots et reconnues comme légitimes, elles ne sont pas exclues de soi et de la communauté. De nouvelles représentations vont pouvoir signifier l'histoire des personnes, mais aussi leurs conditions d'existence partagées en raison d'appartenances liées à un territoire ou à un groupe social socialement discriminé ou disqualifié. A *« une communauté de sort »* se lie une conscience collective et un

pouvoir unificateur (Jodelet, 2008, 2011). La subjectivation est ainsi rendue possible au sein d'un espace interactionnel de confiance où les personnes se réapproprient leur droit à la parole sur leurs conditions d'existence et leurs aspirations, et où elles peuvent mettre collectivement en représentation le poids des normes sociales et celles de leur milieu d'appartenance (Gillespie & Cornish, 2010 ; Gonin, 2008). Dans les travaux recensés au sein de la littérature, ces normes concernaient par exemple le genre, comme système de différenciation et de hiérarchisation qui influence les relations conjugales et les comportements sexuels préventifs (Romero et al., 2006), ou les modèles parentaux dominants et valorisés socialement face à ceux de communautés minoritaires (Kalyanpur & Rao, 1991). Dans l'expérience marseillaise au sein des CHRS, ces normes avaient trait aux capacités des personnes à s'insérer par le travail et le logement autonome, fondées sur des attentes d'adaptation et de flexibilité face à une réalité socio-économique incertaine (Bernardet & Thalineau, 2018 ; Fieulaine, 2006). Lorsque dans l'espace du groupe le dialogue et la dynamique intersubjective s'installent au sein de sécurités relationnelles, les souffrances psychosociales peuvent être pensées, exprimées en ouvrant la possibilité de les resignifier par une analyse réflexive de ces systèmes normatifs qui conditionnent le rapport au monde et les relations sociales. Dans cet espace microsocial, la réflexion critique permet une mise à distance de ces normes intériorisées comme allant de soi. Les professionnels, qu'ils soient déjà en relation avec les personnes, animateurs, facilitateurs, ou intervenants extérieurs, ont un rôle clé pour encourager et alimenter cette compréhension des contextes inégalitaires qui régissent l'existence de ces différents publics pris dans de multiples expériences de vulnérabilité (Apostolidis & Dany, 2014 ; Freire, 1974, 1965 ; Smith & Sparkes, 2008). Une approche souhaitant développer l'empowerment peut difficilement faire l'impasse d'une

compréhension partagée entre professionnels et les personnes, ou entre pairs dans une organisation communautaire, des systèmes de valeurs et de normes qui conditionnent l'asymétrie des relations et la dévalorisation de soi, engendrent, maintiennent et légitiment les inégalités, et contribuent à développer l'internalisation des situations d'oppression. Plusieurs concepts et théories en psychologie permettent d'outiller cette réflexion critique (Watts et al., 2011). Le libéralisme valorise ainsi les explications qui attribuent la responsabilité des situations vécues et des évènements aux intentions, efforts et dispositions des individus eux-mêmes et à nier le poids des facteurs environnementaux (Dubois & Leyens, 1994). Cette norme d'internalité peut être exacerbée dans l'accumulation des situations de précarité vécues et provoquer une crise de sens, une coupure vis-à-vis de soi et de l'avenir, face aux multiples pertes ou impossibilités d'accéder aux objets socialement valorisés (diplôme, emploi, autonomie financière et du logement, maintien de la cellule familiale et des identités sociales conférées par les groupes d'appartenance) qui permettent de répondre à l'injonction d'incarner un individu autonome (Furtos, 2000 ; Gonin, 2008). La réalisation de soi et la dignité des personnes sont entravées (Fugier, 2018 ; Furtos, 2000), elles s'attribuent l'entière responsabilité de leur situation et développent des sentiments d'impuissance, de désarroi, de honte, de repli sur soi (Debordeaux, 1994 ; Kieffer, 1984 ; Zimmerman, 1990). Le processus participatif sur les CHRS montre ainsi comment la dynamique intersubjective sur la similitude des situations de précarité vécues et l'identification à des problématiques communes permet aux résidents de se détacher de la norme d'internalité où leur situation d'exclusion sociale serait attribuée à leur manque d'efforts ou à leurs incapacités (Jemal, 2017). Ils développent une conscience collective où ils se rendent compte qu'ils ne sont pas seuls à vivre une existence incertaine et instable au sein d'une société devenue précaire (Furtos, 2011). Ils

peuvent mettre en récit et en mots leurs conditions d'existence et les injustices qu'ils subissent, développer une meilleure compréhension des problématiques de leur quotidien, jusqu'à développer une conscience critique par la réflexion collective sur plusieurs thèmes de société. Ils prennent progressivement conscience des mécanismes d'exclusion, des logiques structurelles, des croyances intériorisées, et que tout ne dépend pas d'eux. Par le dialogue avec soi-même et avec autrui au sein d'un environnement relationnel confiant et sécure, ils peuvent s'autoriser à penser et à signifier leur souffrance d'origine sociale, ils s'ouvrent à de nouvelles perspectives et de nouvelles perceptions de la réalité. Cet étayage par le social permet de donner sens aux situations vécues sans chercher à les projeter à l'extérieur ou à s'en donner l'entière responsabilité en se coupant de sa subjectivité (Vandecasteele & Lefebvre, 2006). Les situations de précarité et d'exclusion peuvent être attribuées à des facteurs contextuels, historiques, biographiques et sociétaux et non aux seuls efforts ou capacités d'adaptation des personnes.

Quelques repères pour développer l'empowerment en France

Plusieurs pistes de réflexion et d'enseignement ressortent de l'ensemble de ce travail doctoral, dans un contexte français où peu de travaux scientifiques ont investigué les initiatives françaises développant l'empowerment, et encore moins en articulation avec des expériences étrangères (Boucher, 2017a). Les conclusions empiriques issues de la revue de la littérature et des deux études de cas marseillaises resituent l'empowerment dans une approche résolument relationnelle, que ce soit au niveau interindividuel (Mc Whirter, 1998), au niveau de la dynamique des groupes (Kleba & Wendausen, 2009), et des possibilités de participation au niveau des organisations collectives (Gaventa, 1998). Reconnaître le droit à

la parole, les savoirs et l'expérience vécue des personnes confinées au silence est notamment une base indispensable à toute démarche de travail communautaire et implique la création d'espaces relationnels où les problèmes vécus, la colère, l'impuissance, les injustices puissent être verbalisés (Boucher, 2017b ; Murray, 2012b). Bien que la démocratisation de leur parole reste un enjeu fragile en France (Bacqué & Mechmache, 2013 ; Demailly, 2014 ; Letourmy & Naiditch, 2009), rendre audible la voix des personnes les plus précaires légitime leur expérience, leur rapport au monde, le sens qu'elles donnent à leur vécu, et transforme leur subjectivité et la représentation des groupes marginalisés. Rendre possible ces premiers espaces intersubjectifs est la première porte d'entrée pour initier le processus d'empowerment (De Suremain, 2017 ; Luttrell et al., 2009 ; Pelchat, 2010 ; Smith & Sparkes, 2008).

Pour Israel et al. (1994), le processus d'empowerment nécessite nécessairement des espaces relationnels et organisationnels permettant de développer des formes de pouvoir. La pauvreté et les situations de précarité vécues ne sont pas seulement une question de faibles revenus, elles découlent également de l'exclusion sociale et du manque d'accès au pouvoir. L'expression des problématiques vécues dans les espaces publics où une parole citoyenne peut émerger et où les problèmes peuvent être traduits en demandes est possible malgré un environnement psychologique marqué par l'incertitude et le repli sur soi dans le processus de précarisation (Gaventa, 2006 ; Paugam 2012 ; Pelchat, 2010). Comme le montre la démarche de santé communautaire marseillaise et les nombreuses expériences relevées dans la revue de la littérature, à Boston, Malmö ou à Los Angeles par exemple, les dynamiques collectives se déploient sur plusieurs mois ou plusieurs années avant de produire de vrais effets (Avery et al., 2022 ; Borg, 2002 ; Flick et al., 1994 ; Ware, 1999). Ce temps long permet aux personnes

de sortir de leur isolement et de leur impuissance, de se parler, d'être reconnues, de s'organiser collectivement, et de dialoguer avec les institutions (Hur, 2006 ; Furtos, 2011 ; McMillan, 1996 ; Zimmerman, 1990). L'empowerment est de ce fait un processus à long terme, dépendant de l'évolution des cultures organisationnelles et professionnelles mais aussi du fonctionnement des institutions (Bernardet & Thalineau, 2018 ; Gutierrez et al., 1995 ; Kieffer, 1984). Le changement social exige un travail d'engagement dans l'action collective sur la durée où l'empowerment, l'engagement des organisations et le degré de participation sont étroitement liés (Rappaport, 1985 ; Murray, 2012a ; Stevenson et al., 2015). Or, les financements court-termistes et les coupes budgétaires, le cloisonnement sectoriel, les planifications descendantes et les logiques gestionnaires, ainsi que les attentes disproportionnées en termes d'évaluation des institutions pour montrer des résultats immédiats ne permettent pas de créer les conditions propices en France pour installer des processus d'empowerment sur la durée (Carrel, & Rosenberg, 2014 ; Conseil général de l'inspection générale des affaires sociales, 2023 ; Kirszbaum, 2011, 2014). Des transformations structurelles, systémiques et politiques sont nécessaires pour reconnaître et encourager les initiatives citoyennes et communautaires autonomes, instaurer de réels espaces de co-décision, transformer les cultures professionnelles en formant élus et agents à la participation, et ne plus disqualifier les espaces de contre-pouvoir et de participation citoyenne en limitant l'empowerment à un discours rhétorique sans réflexion sur le processus et les conditions de son émergence (Bacqué & Mechmache, 2013 ; Kirszbaum, 2010, 2013 ; Regards Santé, 2023).

L'expérience sur les quartiers Saint-Mauront et Belle de Mai montre notamment l'ambivalence et les tensions que suscite la mise en œuvre d'une démarche de santé communautaire sur plusieurs années face à la quasi-absence de culture mais aussi de

fonctionnement participatif au sein même des institutions. L'absence d'empowerment intra-organisationnel notamment (Rothman et al., 2019) inhibe les capacités communautaires des différents acteurs engagés lorsque le processus participatif s'insère dans un champ psychologique qui inclut plusieurs parties prenantes d'organisations aux cultures participatives très hétérogènes (Maton, 2008). L'intervention locale visant à promouvoir la santé et à réduire les inégalités sociales de santé dans la région du Pays de Redon-Bretagne Sud soulignait elle aussi la difficulté à maintenir dans le temps la participation effective des acteurs locaux issus de différents secteurs (santé, social, éducation, associations, élus). Il fut observé de nombreux déséquilibres de pouvoir dans la gouvernance malgré une réelle réduction de l'asymétrie entre les savoirs *« experts »* et ceux des *« bénéficiaires »*, et plus généralement des tensions entre les exigences d'une participation communautaire active et durable et les modèles organisationnels classiques descendants et basés sur une expertise centralisée de l'action publique (You et al., 2017). La participation citoyenne, essentielle dans le processus d'empowerment, se confronte ainsi régulièrement en France à la difficulté de structurer et de maintenir dans le temps des espaces relationnels initiés par des comités, des assemblées, des forums ou des concertations qui sont autant d'opportunités d'espaces publics où peut émerger une réelle influence citoyenne, malheureusement trop souvent tôt ou tard restreinte ou bridée par le contrôle institutionnel, les élus ou la redistribution du pouvoir entre les différentes autorités (Bresson, 2014 ; Pelchat, 2010). Pour Cornwall (2008) et Gaventa (2021), pouvoir et espaces sont profondément liés, et le degré de participation réel est dépendant des espaces de pouvoir où les personnes cumulant les insécurités (absence de logement, absence de revenus, privation de droits élémentaires) peuvent s'engager : des espaces *« invités »*, créés et contrôlés par des institutions, souvent limités par des règles

définies ou des logiques programmatiques, et des espaces *« revendiqués »* ou *« créés »* par les personnes elles-mêmes qui peuvent définir leur propre agenda, leurs priorités, et leur influence. L'émergence d'organisations communautaires suppose le passage de la participation à la structuration collective, et une plus grande attention en France aux différentes formes de solidarités communautaires où la citoyenneté ne se limite pas à l'individu modèle et responsable qui se conforme et contribue lui-même à l'ordre social sans le remettre en cause attestant du déclin plus large des subjectivités dans les démocraties libérales (Camus, 2006 ; Conseil général de l'inspection générale des affaires sociales, 2023), mais se déploie dans le partage de la prise de décision et du pouvoir (Boucher, 2017a ; Popay et al., 2021). Les approches en petits groupes, le développement de la conscience critique sur les déterminants sociaux de la santé et la négociation avec les institutions sont centrales dans ce processus de structuration, car *« travailler ensemble »* (Nathan, 2012) suppose aussi d'arbitrer des intérêts divergents et de construire des compromis, que ce soit par des approches conscientisantes, conflictuelles ou consensuelles (Boucher, 2017b ; Luttrell et al., 2009 ; Minkler et al., 2012 ; Wallerstein, 2006). Bacqué et Biewener (2013) promeuvent ainsi dans le contexte français la reconnaissance des collectifs comme lieux de solidarité, d'échange, mais aussi de résistance.

Ces espaces communautaires autonomes jouent un rôle crucial pour les citoyens les plus fragiles, leur offrant des lieux où développer leur voix, leur solidarité et leur pouvoir collectif dans lesquels ils peuvent influencer potentiellement les discours, les décisions et les politiques qui affectent leur vie et leurs intérêts (Gaventa, 2006, 2021). De plus, la qualité de la participation dépend autant de la création d'espaces ouverts, adaptatifs et véritablement contrôlés par les participants que d'un accompagnement qui nourrit la capacité des personnes

à exercer leur parole, à s'organiser collectivement et à peser sur les décisions qui les concernent (Cornwall, 2008). L'animateur de ces espaces collectifs facilite la mise en confiance mais aussi l'aller-vers les publics les plus éloignés et isolés. Il soutient l'empowerment à plusieurs niveaux, individuel, collectif et organisationnel, et construit avec les personnes des demandes et ressources collectives à partir des vécus individuels partagés. Plusieurs cadres en France permettent d'expérimenter (de manière très diverse) ce rôle de médiateur de la participation qui structure l'action collective sur la durée, anime la concertation et la coordination territoriale, jusqu'à influencer les questions de gouvernance, transformer l'offre, accompagner les plaidoyers, et ouvrir, des usagers jusqu'aux élus, le chemin vers un empowerment politique qui redéfinit le champ des possibles et cible des changements environnementaux ou structurels durables (Dallaire, 2012 ; Ninacs, 1995 ; Regards Santé, 2023). Les dispositifs d'appui à la coordination (DAC), les centres de santé communautaire, les associations de patients, les missions locales, les conseils de la vie sociale, les contrats locaux de santé (CLS), et les conseils locaux de santé mentale (CLSM) sont autant d'espaces coopératifs pouvant encourager les initiatives ascendantes, le leadership, les alliances et le changement social sur le plan local (Regards Santé, 2023). Ces cadres participatifs propices au développement de l'empowerment nécessitent pour autant, au sein de notre culture administrative et de nos politiques publiques descendantes qui privilégient les cadres d'intervention individuelle (Carrel, & Rosenberg, 2014 ; Goudet, 2011), de s'affranchir des lectures psychologisantes centrées sur les seules capacités des personnes (Fryer, 2011), de considérer la nature irréductiblement sociale et collective de l'expérience et de la pratique de la citoyenneté (Stevenson et al., 2015) et d'éviter un glissement vers une simple autonomie individuelle (Rappaport, 1987), et même, comme le suggère ce travail doctoral, d'oser penser

les inégalités dans des espaces publics réunissant citoyens, professionnels, institutions et élus pour créer une conscience critique collective partagée grâce aux dynamiques intersubjectives qui permettent de sortir de l'impuissance intériorisée (Luttrell et al., 2009 ; Pelchat, 2010). L'empowerment devient politique lorsque de tels espaces permettent, par le dialogue, une expérience transformatrice des rapports sociaux, de raviver l'espoir à une échelle collective, de restaurer les capacités de subjectivation, sans réduire la portée de ces espaces intersubjectifs à de simples instruments d'animation collective, ou de dénier la distribution inégale du pouvoir, du capital social-culturel, et des ressources économiques dans ces espaces collectifs (Bresson, 2014 ; Luttrell et al., 2009 ; Marková, 2011 ; Sardenberg, 2009 ; Vandecasteele & Lefebvre, 2006).

La dimension imaginaire joue un rôle crucial dans ce processus intersubjectif et dans la lutte contre la pauvreté, car il devient possible d'entrevoir et de rendre visible de nouvelles versions de la réalité, d'envisager des alternatives aux situations de souffrance et d'injustice, de remettre en cause le statu quo qui maintient les inégalités, et de construire un sentiment d'efficacité collective en transformant cet imaginaire en une réalité qui cherche à se réaliser par l'action (Aebischer, 2021 ; Bandura, 2002 ; Fryer, 2011 ; Lewin, 1951 ; Murray, 2012a). En France, l'Institut Renaudot accompagne et forme les acteurs (habitants, professionnels, élus) afin de créer les conditions d'espaces publics, participatifs et collaboratifs qui ne se limitent pas à de la consultation symbolique, en les outillant à l'animation et à l'évaluation des processus participatifs complexes (Institut Théophraste Renaudot, 2012). Cette approche relationnelle, psychosociale et transformative de l'empowerment implique pour la psychologie sociale et la psychologie en général de refuser une lecture d'une citoyenneté conformiste et du sujet focalisé sur l'autonomie, les capacités individuelles, et l'identité

personnelle (Camus, 2006), où l'empowerment est réduit à un potentiel de développement, au *« pouvoir intérieur »* (Batliwala, 2007) isolé des rapports sociaux ou à l'agentivité réduite à un travail sur soi des individus et des groupes dans le champ de la recherche mais aussi de l'intervention éducative et sociale en France (Andreouli, 2019 ; Maury & Hedjerassi, 2020). Les questions éthiques que soulève un tel constat sont nombreuses : risque de psychologisation des problèmes sociaux et de dépolitisation de l'intervention sociale (Bresson, 2014), réductionnisme à une causalité intrapsychique des problématiques causées par les inégalités sociales (Fryer, 2011), réappropriation néolibérale du concept pour en faire un outil d'ajustement individuel (Peugeot, 2015), transfert des responsabilités aux *« communautés déjà désavantagées qui ont le fardeau supplémentaire d'être considérées comme responsables de leur état »* (Murray, 2012b). Il semble, dans les contextes de précarité, être d'une urgence nécessaire de déplacer notre regard de l'intérieur vers l'extérieur, des comportements vers les asymétries de pouvoir, de l'individu déshistoricisé vers l'analyse des inégalités sociales (Murray, 2012a ; Poppay et al., 2021). En considérant l'individu comme à la fois objet et sujet du changement par le groupe ou la communauté en psychologie sociale et en psychologie communautaire (Aebischer, 2021 ; Saïas, 2007), l'intervention collective à visée d'empowerment (Le Bossé & Lavallée, 1993) porte son intérêt à l'environnement large du sujet dans lequel une citoyenneté active peut s'exercer, où les personnes influencent les priorités institutionnelles, les programmes et politiques publiques locales, l'accès aux droits, aux ressources et aux services, les lois, et plus généralement les décisions sur les déterminants sociaux qui les concernent (Cavalieri & Almeida, 2018 ; Le Bossé, 2003 ; Lord & Hutchison, 1993 ; Stevenson et al., 2015). Cette vision rompt avec les attentes normatives d'une *« bonne citoyenneté »* conformiste qui *« illustre la pauvreté relative des approches psychologiques*

réductionnistes de l'étude de la citoyenneté, qui négligent les asymétries de pouvoir, les luttes intergroupes et la contestation » (Stevenson et al., 2015). Le développement de la citoyenneté et la participation, inéquitablement réparties dans les espaces publics, nécessite un partage du pouvoir par les acteurs qui organise les espaces décisionnels, et de rompre avec l'idéologie assistancielle dominante chez les professionnels en France (Bouchet, 2017 ; Pelchat, 2010). En passant de processus institutionnellement contrôlés de *"faire pour"* à des processus négociés de *"faire avec"* (Popay et al., 2021), les groupes intersubjectifs et les organisations communautaires collaboratives où se rencontrent citoyens, professionnels, institutions et élus permettent d'investir des principes de transformation des structures sociales et de changements dans l'environnement auxquels l'intervention individuelle, qu'elle soit psychologique ou sociale, est peu adaptée (Dallaire, 2012 ; Maury & Hedjerassi, 2020 ; Saïas, 2011). A rebours d'une citoyenneté individuelle et conventionnelle ancrée dans l'acceptation du statu quo, il appartient ainsi aux chercheurs en psychologie et en sciences humaines en général, tout autant que pour les intervenants dans le champ social et sanitaire français, de réinvestir les citoyens les plus précaires en tant que sujets politiques et sociaux capables de repenser leur place dans le monde, leurs choix, leurs multiples insertions sociales et d'aspirer à plus de dignité et à de meilleures alternatives dans leur futur (Andreouli, 2019 ; Dallaire, 2012 ; Gaventa, 2006 ; Saïas, 2007). Les mouvements citoyens des années 1980-1990 (SOS Racisme, Act Up, ATTAC), bien que n'utilisant pas le terme, incarnaient déjà une forme de contre-pouvoir et de lutte qui résonnait avec le processus d'empowerment et le développement d'une citoyenneté active (Peugeot, 2015). Dans ce *« processus socio-politique »* (Bacqué & Biewener, 2013), l'empowerment et la participation ont une finalité transformationnelle de la réalité d'un point de vue subjectif par le développement d'une

conscience politique (la solution des problèmes d'ordre structurel passe par le changement social) mais aussi objectif en investissant des principes de transformation des structures sociales et de changements dans l'environnement (Dallaire, 2012 ; Hyppolite & Parent, 2017 ; Ninacs, 2002 ; Pettit, 2012).

Le développement de nouvelles pratiques professionnelles par l'expérience du processus participatif sur les CHRS, et la généralisation du modèle des conseils de citoyens sur Marseille montrent ainsi que des fenêtres d'opportunité existent pour installer progressivement des pratiques et des cultures favorisant le développement de l'empowerment en France (Goudet, 2011 ; Wallerstein, 2006). La multiplication de ces espaces et dispositifs participatifs amène notamment professionnels et institutionnels à privilégier des postures professionnelles qui se centrent sur les ressources des personnes, le dialogue actif et collectif, et des cadres relationnels qui les reconnaissent comme expertes de leur propre vie, de leur environnement et des oppressions qu'elles subissent (Fryer, 2011 ; Murray, 2012b ; Saïas, 2007). Ces postures impliquent notamment le développement d'approches narratives pour permettre un travail de re-élaboration des souffrances psychosociales – atteintes à la dignité, exclusion, perte de sens, multiples privations (travail, droits, sécurité économique) – au sein d'espaces relationnels sécurisés et intersubjectifs qui assurent une réelle écoute et reconnaissance des conditions d'existence intériorisées comme honte, impuissance et repli sur soi (Dallaire, 2012 ; Durif-Bruckert et al., 2006 ; Fugier, 2018 ; Furtos, 2007 ; Kieffer, 1984 ; Zimmerman & Rappaport, 1988). Depuis les années 1960, l'activité militante d'ATD Quart-Monde propose par exemple un empowerment associant théorie de la conscientisation et théorie de la subjectivation afin de contrer les barrières psychosociales de la pauvreté (perte de dignité, dévalorisation de soi, développement d'une identité négative, sentiment d'incapacité à

l'action collective, rejet des espaces de débat jugés trop intellectuels, difficulté à partager son expérience de vie). L'ambition est de permettre l'émancipation politique des personnes en situation de pauvreté, par l'acquisition d'un pouvoir collectif (Roy, 2020). D'une autre façon, la pratique et les travaux du Théâtre de l'opprimé (pratique née dans les années 1970 au Brésil sous l'impulsion d'Augusto Boal) crée un espace scénique de lutte et de conscientisation des oppressions où peut s'exprimer des voix jusqu'alors silencieuses (Arnulf, 2021 ; Coudray, 2024). Bien que cette pratique ait reçu une réelle reconnaissance en France dans les années 1980 avec le soutien croisé des ministères de la Culture, de l'Éducation, de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, du Travail, elle demeure aujourd'hui moins visible, et s'est ensuite finalement développée dans des campagnes de prévention (toxicomanie, prévention routière, SIDA), ainsi que dans le cadre de campagnes sociales sur le chômage et l'insertion professionnelle, sans pour autant investir sa dimension politique (Coudray, 2024 ; Pereira Bezerra & Boal, 1999). Ces mouvements sociaux et expériences microsociales d'émancipation permettent de resignifier leurs conditions d'existence sociale où l'engagement dialogique et par le corps, le développement de compétences participatives et la conscientisation de situations d'oppression permettent de transformer les conditions de vie limitantes en réalités perçues comme moins figées et potentiellement réversibles (Apostolidis & Dany, 2014 ; Bernaud, 2018 ; De Suremain, 2017 ; Maury & Hedjerassi, 2020). L'empowerment y est développé dans une perspective relationnelle plutôt qu'individualiste où se dessine une micropolitique de l'interaction sociale (Stevenson et al., 2015). Au sein de ces espaces interactionnels avec les personnes, comme sur les deux études de cas présentées dans cette thèse, les professionnels qui y participent expérimentent des relations d'interdépendance avec les personnes, investissent de nouvelles pratiques collectives moins asymétriques,

construisent de nouvelles significations sur la participation et sur les capacités des personnes en reconnaissant leur vécu et leurs ressources. Loin de se limiter à un niveau intrapsychique, l'empowerment s'y développe dans les relations sociales où les professionnels orientent progressivement leurs paradigmes d'intervention vers une participation citoyenne et engagent un processus de réflexion critique et compréhensif des inégalités sociales avec les personnes. Se développe ainsi un pouvoir relationnel par une diversité de pratiques d'interaction où se mêlent des luttes discursives, de sens et politiques à une échelle microsociale dans lesquelles la conscience critique émerge pour construire de nouvelles réalités sociales (Andreouli, 2019 ; Dallaire, 2012 ; Pansardi Bindi, 2021).

Le développement de l'empowerment collectif et la possibilité d'influencer l'environnement dépend aussi des opportunités de participation sociale et de la place laissée par les institutions et les politiques publiques pour permettre aux personnes les plus défavorisées d'exercer une forme de pouvoir de décision sur les déterminants de leur bien-être (Cavalieri & Almeida, 2018 ; Tengland, 2008). A ce titre, le rapport Bacqué-Mechmache (2013) souligne, qu'en France, les dispositifs participatifs en place, comme les jurys citoyens ou conseils de quartier, restent limités à une *« démocratie de proximité »* consultative et excluent les populations les plus précaires. Les auteurs proposent une *« politique d'empowerment à la française »* valorisant les initiatives citoyennes, impliquant une *« attention à la parole des plus précaires »*, une remise en question des rapports de pouvoir, et une prise en compte réelle de la conflictualité sociale. Ils préconisent une co-décision institutionnalisée, des fonds d'initiative citoyenne, la reconnaissance de la contre-expertise et une réforme du travail social. Kirszbaum (2013) note cependant plusieurs obstacles : la nature bureaucratique et descendante de la politique de la ville, une interprétation limitée de l'empowerment, un pouvoir centralisé peu

enclin au partage, et un paternalisme persistant du *« faire pour »* plutôt que du *« faire avec »*. La revue de la littérature internationale dans cette thèse a mis en exergue des difficultés semblables en termes d'empowerment organisationnel : financeurs s'opposant aux initiatives des plus défavorisées ou centrés sur les résultats, logiques descendantes dans les décisions prises provoquant l'impuissance et exerçant un pouvoir de contrôle, absence de définition partagée sur l'empowerment collectif réduit parfois à des groupes de pression, manque de modèle préalable opérationnel sur le processus d'empowerment. Ridde et Druetz (2016) notent à ce titre que la notion de communauté et la santé communautaire ont quasiment disparu de la santé publique sur le plan international. Pour Murray (2012a), ces démarches communautaires peuvent reproduire des formes d'inégalités de pouvoir en faisant peser à nouveau la responsabilité sur les personnes les plus pauvres et souffrant d'exclusion sociale.

D'une autre façon, en accord avec la philosophie de la promotion de la santé, il est constaté dans le champ du développement communautaire la prédominance des modèles privilégiant les capacités, les forces, les ressources, au détriment des modèles historiques basés sur le conflit issu du Community Organizing développé notamment par Saul Alinsky (Bacqué, 2000 ; Minkler et al., 2012). Or, les zones de conflictualités entre les acteurs dans le partage de l'expertise identifiées dans l'expérience sur les quartiers Saint-Mauront et Belle de Mai, et les asymétries positionnelles entre professionnels et usagers sur les CHRS, laissent à penser qu'il n'est peut-être pas opportun de privilégier systématiquement le modèle consensuel dans les démarches de santé communautaire en promotion de la santé et dans le travail social communautaire (Boucher, 2017b ; Saïas, 2011). Parce que la participation a une finalité transformationnelle, elle implique des luttes de pouvoir entre les communautés formées et les organisations pour promouvoir des changements structurels et réglementaires qui influent

directement la santé et le bien-être des personnes (Boyce, 2001 ; Cavalieri & Almeida, 2018 ; Wallerstein, 2006).

Un autre enseignement intéressant de l'ensemble de ce travail doctoral, est l'intérêt, malgré le déficit de repères, de modèles, et de sens sur la santé communautaire et l'empowerment en France, de créer les espaces intersubjectifs entre les différents acteurs par l'engagement des différentes parties prenantes dans le processus participatif. En expérimentant ces dynamiques relationnelles par des interactions répétées entre les différents acteurs, les personnes peuvent vivre l'expérience de relations d'interdépendance et non asymétriques qui permettent aux professionnels de construire des significations sur la participation. En favorisant les organisations entre pairs, mais aussi en encourageant le développement d'espaces communautaires associant professionnels et institutionnels, une conscience critique partagée peut émerger favorisant l'action vers différents secteurs et un engagement civique partagé sur les changements sociaux jugés importants par le collectif (Albuquerque, 2017 ; Cavalieri & Almeida, 2018 ; Christens, 2012 ; Zimmerman & Rappaport, 1988).

Conclusion

Si l'ensemble de ce travail doctoral permet de mieux situer le développement de l'empowerment et ses enjeux en France, en contexte de précarité et dans le champ de la promotion de la santé, en proposant une vision résolument relationnelle du processus, il laisse en questionnement les ancrages idéologiques et philosophiques de la notion. La diversité des usages de l'empowerment donne parfois une vision confuse de son application au risque de transformer son approche libératrice de l'impuissance générée par le cumul des situations de précarité vécues en une injonction libérale individualisante centrée sur le développement des capacités (Pettit, 2012 ; Rigger, 2002). Les pratiques sociales et la promotion de la santé n'échappent pas à cet idéal de réalisation personnelle des individus, où le risque est de diluer les approches revendiquant le développement de l'empowerment dans une orientation centrée sur le contrôle et la réalisation d'objectifs personnels (Cattaneo & Chapman, 2010). Rappaport (1987) insiste de ce fait sur l'importance de définir et d'adopter une *« idéologie »* de l'empowerment, ce que Calvès (2009) et Bacqué et Biewener (2013) ne manquent pas de faire en privilégiant une vision philosophique qui donne la priorité au point de vue des opprimés pour un pouvoir créateur (*« power to »*), et en revendiquant des démarches de travail social et de psychologie communautaire qui investissent des principes de transformation sociale. L'empowerment questionne également la tendance en psychologie à préférer associer la notion au concept patriarcal et cognitif du contrôle, au détriment de l'intérêt porté aux dimensions sociales, relationnelles et subjectives (Jodelet, 2011 ; Riger, 2002 ; Sampson, 1981).

Bibliographie

Abric, J. C. (1987). Coopération. *Competition and Représentation Sociales, Cousset : Del Val*.

Abric, J. C. (1994). Pratiques sociales, représentations sociales. *Pratiques sociales et représentations*, 217-238.

Abric, J. C. (2003). De l'importance des représentations sociales dans les problèmes de l'exclusion sociale. In *Exclusion sociale, insertion et prévention* (pp. 11-19). Erès.

Abric, J. C. (2019). *Psychologie de la communication : théories et méthodes*. Dunod.

Absil, G., & Demarteau, M. (2005). *La dynamique des réseaux : entre les actions de terrain et les impulsions du PRSJ-Rapport d'évaluation de deux réseaux locaux dans le cadre de l'objectif 1 du programme régional "La santé des enfants et des jeunes" en Provence-Alpes-Côte d'Azur.*

Ackermann, G., Broesskamp-Stone, U., Ruckstuhl, B., Cloetta, B., & Spencer, B. (2005). L'outil de catégorisation des résultats de Promotion Santé Suisse : Un guide vers la bonne pratique. *Focus*, *24*, 14-17.

Adams, R. (2003). *Social work and empowerment* (3rd ed.). Hampshire : Palgrave.

Aebischer, V., & Oberlé, D. (2021). Chapitre 4. Les groupes lieux de changement. *Psycho Sup*, *6*, 125-154.

Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational behavior and human decision processes*, *50*(2), 179-211.

Albuquerque, C. P., Santos, C. C., & Almeida, H. (2017). Assessing 'empowerment'as social development : goal and process. *European Journal of Social Work*, *20*(1), 88-100.

Aldoory, L., Braun, B., Maring, E. F., Duggal, M., & Briones, R. L. (2015). Empowerment in the process of health messaging for rural low-income mothers : An exploratory message design project. *Women & health, 55*(3), 297-313.

Alejandro Leal, P. (2007). Participation: the ascendancy of a buzzword in the neo-liberal era. *Development in practice*, 17(4-5), 539-548.

Alexandre, M. (2013). La rigueur scientifique du dispositif méthodologique d'une étude de cas multiple. *Recherches Qualitatives, 32*(1), 26–56.

Alkire, S. (2018). The research agenda on multidimensional poverty measurement : Important and as-yet unanswered questions.

Angel, S. (2010). Vulnerable, but strong : The spinal cord-injured patient during rehabilitation. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, *5*(3), 5145.

Angel, S., & Vatne, S. (2017). Vulnerability in patients and nurses and the mutual vulnerability in the patient–nurse relationship. *Journal of Clinical Nursing*, *26*(9-10), 1428-1437.

Andreouli, E. (2019). Social psychology and citizenship : A critical perspective. *Social and Personality Psychology Compass*, *13*(2), e12432.

Anzieu, D. (1971). L'illusion groupale. Dans D. Anzieu (1975). *Le Groupe et l'Inconscient*. Paris, Dunod.

Apostolidis, T. (2006). Représentations sociales et triangulation : une application en psychologie sociale de la santé. *Psicologia : Teoria e pesquisa*, *22*, 211-226.

Apostolidis, T., & Dany, L. (2012). Pensée sociale et risques dans le domaine de la santé: le regard des représentations sociales. *Psychologie française*, *57*(2), 67-81.

Apostolidis, T., & Dany, L. (2014). Exclusion sociale et handicap : l'apport du regard des représentations sociales. *Regards croisés : Psychologie et handicap. Aix-en-Provence : Presses universitaires de Provence*.

Arborio, A. M., & Fournier, P. (2021). *L'observation directe-5e éd*. Armand Colin.

Arborio, A. M., & Lechien, M. H. (2019). La bonne volonté sanitaire des classes populaires : Les ménages employés et ouvriers stables face aux médecins et aux normes de santé. *Sociologie*, *10*(1), 91-110.

Arnstein, S. (1969). Une échelle de la participation citoyenne. *Journal of the American Planning Association*, *35*(4), 216-224.

Arnulf, F. (2021). L'art de résister : de la pratique théâtrale à la lutte pour la reconnaissance dans les favelas de Rio de Janeiro. *IdeAs. Idées d'Amériques*, (17).

Aujoulat, I. (2007). *L'empowerment des patients atteints de maladie chronique. Des processus multiples : auto-détermination, auto-efficacité, sécurité et cohérence identitaire.* (Thèse de doctorat, Université catholique de Louvain.)

Avery, H., Sjögren Forss, K., & Rämgård, M. (2022). Empowering communities with health promotion labs : result from a CBPR programme in Malmö, Sweden. *Health Promotion International, 37*(1), daab069.

Ayton, D., & Joss, N. (2016). Empowering vulnerable parents through a family mentoring program. *Australian journal of primary health, 22*(4), 320-326.

Bacqué, M. H. (2000). De la réforme urbaine au management social aux États-Unis. L'exemple du développement communautaire aux États-Unis. *Les Annales de la recherche urbaine 86*(1), 66-76.

Bacqué, M. H. (2006). Empowerment et politiques urbaines aux Etats-Unis. *Géographie, économie, société*, *8*(1), 107-124.

Bacqué, M. H., & Biewener, C. (2013). L'empowerment, un nouveau vocabulaire pour parler de participation ? *Idées économiques et sociales*, (3), 25-32.

Bacqué, M. H., & Mechmache, M. (2013). Pour une réforme radicale de la politique de la ville. *Ça ne se fera plus sans nous. Citoyenneté et pouvoir d'agir dans les quartiers populaires*.

Bacqué, M. H., Rey, H., & Sintomer, Y. (2005). Gestion de proximité et démocratie participative. *La Découverte, Paris*, 17-24.

Bandura, A. (2002). Social cognitive theory in cultural context. *Applied psychology*, *51*(2), 269-290.

Barbier, J. C. (2005). La précarité, une catégorie française à l'épreuve de la comparaison internationale. *Revue française de sociologie*, *46*(2), 351-371.

Bardin, L. (2013). *L'analyse de contenu*. Paris : Presses Universitaires de France.

Bartle, E. E., Couchonnal, G., Canda, E. R., & Staker, M. D. (2002). Empowerment as a dynamically developing concept for practice : Lessons learned from organizational ethnography. *Social Work, 47*(1), 32-43.

Batliwala, S. (2007). Taking the Power out of Empowerment: An Experiential Account. *Development in Practice,* 557-565.

Basset, B. (2008). Agences régionales de santé. *Les inégalités sociales de santé.* Saint-Denis : INPES, coll. Varia.

Beal, A. (2016). *Pauvreté, (non-) recours aux droits sociaux et représentations sociales* (Thèse de doctorat, Université de Lyon).

Bellier, E. (2011). *La démarche communautaire : Représentations et enjeux au sein des quartiers Saint-Mauront et Belle de Mai à Marseille*. (Mémoire, Aix-Marseille Université).

Berjot, S. & Delelis, G. (2020). Processus et phénomènes intragroupes, ou comment fonctionnent les groupes ? Dans S. Berjot & G. Delelis (Dir), *Les 30 grandes notions de psychologie sociale* (pp. 161-229). Paris : Dunod.

Bernardet, C., & Thalineau, A. (2018). La participation citoyenne. *Savoir/Agir*, (1), 41-50.

Bernaud, J. L. (2018). *Introduction à la psychologie existentielle*. Dunod.

Bidart, C., Longo, M. E., & Mendez, A. (2013). Time and process : An operational framework for processual analysis. *European Sociological Review*, *29*(4), 743-751.

Bilodeau, A., Galarneau, M., Fournier, M., & Potvin, L. (2011). L'Outil diagnostique de l'action en partenariat : fondements, élaboration et validation. *Canadian Journal of Public Health*, *102*, 298-302.

Blondiaux, L. (2005). L'idée de démocratie participative : enjeux, impensés et questions récurrentes. *Gestion de proximité et démocratie participative*, 119-137.

Borg Jr, M. B. (2002). The Avalon Gardens Men's Association : A community health psychology case study. *Journal of Health Psychology, 7*(3), 345-357.

Boyce, W. F. (2001). Disadvantaged persons' participation in health promotion projects : some structural dimensions. *Social Science & Medicine*, *52*(10), 1551-1564.

Bregeon, P. (2009). L'exclusion en matière de logement en France. Les ambiguïtés du système de l'hébergement social.

Bresson, M. (2014). La participation : un concept constamment réinventé. Analyse sociologique des enjeux de son usage et de ses variations. *Socio-logos. Revue de l'association française de sociologie*, (9).

Breton, E. (2016). La Charte d'Ottawa : 30 ans sans plan d'action ? *Santé Publique*, *28*(6), 721-727.

Breton, E., Jabot, F., Pommier, J., & Sherlaw, W. (2017). *La promotion de la santé : Comprendre pour agir dans le monde francophone*. Presses de l'EHESP.

Brunner, A., & Maurin, L. (2019). *Rapport sur les inégalités en France*. Observatoire des inégalités.

Boal, A., & Pereira Bezerra, A. (1999). Entretien avec Augusto Boal. *Caravelle (1988-)*, (73), 241-252.

Boucher, M. (2017a). L'intervention sociale collective et communautaire. Réalités, atouts et limites. *Sciences & Actions Sociales*, *6*(1), 1-7.

Boucher, M. (2017). Le travail social communautaire : une tradition française?. *Sciences & Actions Sociales, 6*(1), 8-22.

Bousquet, F., & Ghadi, V. (2017). La participation des usagers aux systèmes de santé : un tour d'horizon international. *Revue française des affaires sociales*, (1), 116-127.

Butterfoss, F. D. (2006). Process evaluation for community participation. *Annual review of public health*, *27*(1), 323-340.

Butterfoss, F. D., & Francisco, V. T. (2004). Evaluating community partnerships and coalitions with practitioners in mind. *Health promotion practice*, *5*(2), 108-114.

Butterfoss, F. D., Goodman, R. M., & Wandersman, A. (1993). Community coalitions for prevention and health promotion. *Health education research*, *8*(3), 315-330.

Calvès, A. E. (2009). Empowerment : The history of a key concept in contemporary development discourse. *Revue Tiers Monde*, *200*(4), 735-749.

Cambois, E. (2004). Les personnes en situation sociale difficile et leur santé. In *Les travaux de l'Observatoire national de la Pauvreté et de l'Exclusion sociale 2003-2004* (pp. 101-126).

Campagné, G., Houéto, D., & Douiller, A. (2017). Enjeu démocratique de la participation en promotion de la santé. In E. Breton, F. Jabot, J. Pommier & W. Sherlaw (Eds.), *La Promotion de la santé. Comprendre pour Agir dans le Monde Francophone* (pp. 331-362). Presses de l'EHESP Rennes.

Cantelli, F. (2013). Deux conceptions de l'empowerment. *Politique et sociétés*, *32*(1), 63-87.

Camus (2006). Le citoyen chimère métaphysique, modèle normatif, ou forme anthropologiqe menacée

Carrel, M., & Rosenberg, S. (2014). L'empowerment et le travail social sont-ils compatibles en France? *Recherche sociale*, (1), 25-35.

Castel, R. (1994). La dynamique des processus de marginalisation : de la vulnérabilité à la désaffiliation. *Cahiers de recherche sociologique*, (22), 11-27.

Castel, R. (2000). The roads to disaffiliation : Insecure work and vulnerable relationships. *International journal of urban and regional research*, *24*(3), 519-535.

Castro-Arroyave, D., Monroy, M. C., & Irurita, M. I. (2020). Integrated vector control of Chagas disease in Guatemala : a case of social innovation in health. *Infectious diseases of poverty, 9*(1), 1-9.

Cattaneo, L. B., & Chapman, A. R. (2010). The process of empowerment : a model for use in research and practice. *American Psychologist*, *65*(7), 646.

Cavalieri, I. C., & Almeida H. N. (2018). Power, empowerment and social participation-the building of a conceptual model. *European Journal of Social Science Education and Research*, *5*(1), 174-185.

Cazals-Ferré, M. P., & Llorca, M. C. (2004). Chapitre 2. Précarité et vulnérabilité : notions et approches. Dans P. Tap, & M. De Lourdes Vasconcelos, *Précarité et vulnérabilité psychologique* (pp. 29-40). Érès.

Chauvin, P., & Parizot, I. (2010). Précarité. *Santé Publique : l'état des savoirs.* Paris : La Découverte.

Chinman, M. J., & Linney, J. A. (1998). Toward a model of adolescent empowerment : Theoretical and empirical evidence. *Journal of Primary Prevention*, *18*(4), 393-413.

Christens, B. D. (2012). Toward relational empowerment. *American journal of community psychology*, *50*(1), 114-128.

Christens, B. D., Winn, L. T., & Duke, A. M. (2016). Empowerment and critical consciousness : A conceptual cross-fertilization. *Adolescent Research Review*, *1*, 15-27.

Clemens, L., Canaday-Talley, M., Rowland, A. J. D., Gillis, M. E., Blacksheep, C. M., & Romero, J. J. (2019). *Kids These Days : Increasing Youth Engagement in Community Heritage and Social Justice Through the Implementation of a Youth Participatory Empowerment Model* (Doctoral dissertation, University of Missouri-Saint Louis).

Conseil général de l'inspection générale des affaires sociales (CGES). (2023). *La politique de la ville, un tremplin pour les habitants : Rapport d'information n° 800 (2022-2023).* Sénat. https://www.senat.fr/rap/r21-800/r21-8001.pdf

Corbin, J. M., & Strauss, A. (1990). Grounded theory research : Procedures, canons, and evaluative criteria. *Qualitative sociology*, *13*(1), 3-21.

Cornwall, A. (2008). Unpacking 'Participation': models, meanings and practices. *Community development journal*, *43*(3), 269-283.

Coruble, G., Sauze, L., & Riff, H. (2014). Quelle stratégie peut développer une Agence régionale de santé pour réduire les inégalités sociales de santé ? *Santé publique*, (5), 621-625.

Coudray, S. (2016). Le théâtre de l'opprimé. Quelles perspectives émancipatrices pour un théâtre d'éducation populaire?. *Recherches & éducations*, (16), 65-77.

Couffinhal, A., Dourgnon, P., Geoffard, P. Y., Grignon, M., Jusot, F., Lavis, J., Naudin, F., Polton, D. (2005). Politiques de réduction des inégalités de santé, quelle place pour le système de santé ? Un éclairage européen. *Questions d'économie de la santé [92 et 93].*

Cour des comptes (2011). Communication au Président de l'Assemblée nationale pour le comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques : La politique publique de l'hébergement des personnes sans domicile.

Cox, E. O. (1992). The critical role of social action in empowerment oriented groups. *Social work with Groups, 14*(3-4), 77-90.

Craig, P., Dieppe, P., Macintyre, S., Michie, S., Nazareth, I., & Petticrew, M. (2008). Developing and evaluating complex interventions : the new Medical Research Council guidance. *Bmj*, *337*.

Dahlgren, G., Whitehead, M. (1991). *Policies and strategies to promote social equity in health*, Institute of Futures Studies.

Dahlgren, G., & Whitehead, M. (2007). A framework for assessing health systems from the public's perspective : the ALPS approach. *International Journal of Health Services*, *37*(2), 363-378.

Dallaire, N. (2012). Comment se porte la conscience critique dans les pratiques d'empowerment des travailleurs sociaux?. *Intervention, 136*, 6-17.

Damon, J. (2016). Pauvreté et précarité en chiffres. *Cahiers français*, (390), 8-14.

Dane, C. (2007). Is the concept of empowerment applicable in France ? *Vie sociale*, *2*(2), 59-72.

Debordeaux, D. (1994). Désaffiliation, disqualification, désinsertion. *Revue des politiques sociales et familiales*, *38*(1), 93-100.

Delgado, J. M. (2015). *Making Stories, Writing the World : Critical Strategies for Arts-Based Practices with Los Angeles Urban Youth*. (Doctoral dissertation, University of California, Los Angeles).

Demailly, L. (2014). Variations de la « démocratie sanitaire » et politique publique de santé mentale en France. *Sociologies*.

Demarteau, M., Detroz, P. (2004) *Évaluation intermédiaire du programme régional Santé des enfants et des jeunes en Provence Alpes Côte d'Azur.* Observatoire de la Santé du Hainaut – APES-ULG, 77 p.

Deschesnes, M. (2002). *La structuration d'une action intersectorielle à base communautaire comme stratégie d'actualisation d'une approche globale en promotion de la santé : les régulations en jeu*. Ottawa : Bibliothèque nationale du Canada.

Desgroseilliers, V., & Vonarx, N. (2014). Retrouver la complexité du réel dans les approches théoriques de promotion de la santé : transiter par l'identité du sujet. *Santé publique*, *26*(1), 17-31.

De Suremain, M.-D. (2017). Urbanisme, féminisme et empowerment. Regards croisés Amérique latine / France. *Cahiers du Genre, 63*(2), 67-80.

Doise, W. (1980). Levels of explanation in the European Journal of Social Psychology. *European Journal of Social Psychology*, *10*(3), 213-231.

Doise, W. (1982). L'explication en psychologie sociale. *París, puf*.

Donzelot, J., Mével, C., & Wyvekens, A. (2003). *Faire société. La politique de la ville aux États-Unis et en France.* Paris : Le Seuil.

Dorier, E., & Dario, J. (2020). *Marseille 2018-2019 : de la crise du logement à la crise humanitaire* (Doctoral dissertation, Haut Comité au Logement pour les Personnes Défavorisées (HCLPD).)

Douglas, J. A., Grills, C. T., Villanueva, S., & Subica, A. M. (2016). Empowerment praxis : community organizing to redress systemic health disparities. *American journal of community psychology, 58*(3-4), 488-498.

DRESS (2020). Les caractéristiques des personnes pauvres et des personnes modestes. *Minima sociaux et prestations sociales.*

Dubois, N., & Leyens, J. P. (1994). *La norme d'internalité et le libéralisme*. Presses universitaires de Grenoble.

Dugravier, R., Legge, A., & Milliex, M. (2009). Les bases du développement de la psychologie communautaire en Europe. *Pratiques psychologiques*, *15*(1), 39-47.

Dunlap, K. M. (1997). Family empowerment : One outcome of cooperative preschool education. *Child Welfare 76*(4), 501–518.

Durif-Bruckert, C., Fieulaine, N., & Mendès-Leite, R. (2006). Précarité et santé : points de vue et débat psychosocial. *Canal Psy*, (73), 11-13.

Eckert, H. (2010). « Précarité » dites-vous ? *SociologieS, Débats, La précarité.*

Eisen, A. (1994). Survey of neighborhood-based, comprehensive community empowerment initiatives. *Health Education Quarterly, 21*(2), 235-252.

Eisenhardt, K.-M. (1989). Building theories from case study research. *Academy of Management Review, 4(*4*) : 532-550.*

Ehrenberg, A. (2010). Société du malaise ou malaise dans la société ? *La vie des idées*, *30*.

Fainzang, S. (2004). Les normes en santé. Entre médecins et patients, une construction dialogique.

Fawcett, S. B., Paine-Andrews, A., Francisco, V. T., Schultz, J. A., Richter, K. P., Lewis, R. K., & Lopez, C. M. (1995). Using empowerment theory in collaborative partnerships for community health and development. *American journal of community psychology*, *23*(5), 677-697.

Febvrel, D. (2017). Ateliers santé ville : des dynamiques territorialisées de santé. *Les Tribunes de la sante*, (3), 49-53.

Fieulaine, N. (2006). *Perspective temporelle, situations de précarité et santé : Une approche psychosociale du temps* (Thèse de doctorat, Université de Provence-Aix-Marseille I).

Fieulaine, N., & Apostolidis, T. (2015). Precariousness as a time horizon : How poverty and social insecurity shape individuals' time perspectives. *Time perspective theory ; review, research and application*, 213-228.

Fieulaine, N., Kalampalikis, N., & Haas, V. (2009). Usages du droit et représentations de la justice. *Le (non) recours au droit. Rapport de fin de recherche, Mission de Recherche « Droit & Justice » & GRePS Lyon*, *2*.

Fischer, G. (2020). La psychologie sociale : approche et théories. Dans : G. Fischer, *Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale* (pp. 15-39).

Flick, L. H., Given Reese, C., Rogers, G., Fletcher, P., & Sonn, J. (1994). Building community for health : Lessons from a seven-year-old neighborhood/university partnership. *Health education quarterly, 21*(3), 369-380.

Florin, P., Mitchell, R., Stevenson, J., & Klein, I. (2000). Predicting intermediate outcomes for prevention coalitions : A developmental perspective. *Evaluation and Program Planning*, *23*(3), 341-346.

Florin, P., & Wandersman, A. (1990). An introduction to citizen participation, voluntary organizations, and community development : Insights for empowerment through research. *American Journal of community psychology*, *18*(1), 41-54.

Freire, P. (1965). 'Conscientisation'. *CrossCurrents*, *24*(1), 23-31.

Freire, P. (1974). Pédagogie des opprimés. Dans *Vers une sociologie de l'éducation* (pp. 374-386). Routledge.

Fryer, D. (2011). 14. Inégalités sociales et recherche sous l'angle de la psychologie communautaire critique. Dans T. Saïas *Introduction à la psychologie communautaire* (p. 187-198). Dunod.

Fugier, P. (2018). L'analyse sociologique de l'exclusion sous l'angle de la désinsertion et de la déliaison. *Interrogations ?* (26).

Furtos, J. (2000). Epistémologie de la clinique psychosociale : la scène sociale et la place des psy. *Pratiques en santé mentale*, *1*, 23-32.

Furtos, J. (2007). Les effets cliniques de la souffrance psychique d'origine sociale. *Mental'idées*, *11*(9), 24-33.

Furtos, J. (2011). La précarité et ses effets sur la santé mentale. *Le carnet PSY*, (7), 29-34.

Gabitova, G., & Burke, N. J. (2014). Improving healthcare empowerment through breast cancer patient navigation : a mixed methods evaluation in a safety-net setting. *BMC Health Services Research, 14*(1), 1-11.

Gaventa, B. R. (1980). Comparing Paul and Judaism : Rethinking Our Methods. *Biblical theology bulletin*, *10*(1), 37-44.

Gaventa, J. (1998). Poverty, participation and social exclusion in North and South. *IDS bulletin*, *29*(1), 50-57.

Gaventa, J. (2006). Finding the spaces for change : a power analysis. *IDS bulletin*, *37*(6), 23-33.

Gaventa, J. (2021). Linking the prepositions : using power analysis to inform strategies for social action. *Essays on Evolutions in the Study of Political Power*, 109-130.

Gay, F.N.C. (2019). *Empowering high-risk males through street outreach* (Doctoral dissertation, University of Illinois at Chicago).

Gibson, C. H. (1991). A concept analysis of empowerment. *Journal of advanced nursing*, *16*(3), 354-361.

Gillespie, A., & Cornish, F. (2010). Intersubjectivity : Towards a dialogical analysis. *Journal for the theory of social behaviour*, *40*(1), 19-46.

Girard, V., Estecahandy, P., & Chauvin, P. (2010). *La santé des personnes sans chez soi. Plaidoyer et propositions pour un accompagnement des personnes à un rétablissement social et citoyen.*

Godefroy, P., & Ponthieux, S. (2010). Pauvreté en conditions de vie en France et privations matérielles dans les pays de l'Union européenne. *Les travaux de l'Observatoire 2009-2010*.

Gombault, A. (2005). Chapitre 2. La méthode des cas. *Methodes Recherches*, 31-64.

Gonin, A. (2008). *L'aide à autrui dans le champ de l'intervention sociale. Une approche psychosociale des représentations professionnelles : historicité, ancrage et fonctions.* (Thèse de doctorat, Université Lumière Lyon 2).

Gravière, L. (2013). Pour une histoire des paradigmes en travail social. *Vie sociale*, (4), 31-44.

Grignon, M., Couffinhal, A., Dourgnon, P., Jusot, F., & Naudin, F. (2004). Mesurer l'impact des déterminants non médicaux des inégalités sociales de santé.

Goodman, R. M. (1998). Principles and tools for evaluating community-based prevention and health promotion programs. *Journal of Public Health Management and Practice*, 37-47.

Goudet, B. (2011). Le champ des pratiques communautaires en promotion de la santé et développement local : typologie rapide. Dans T. Saïas, *Introduction à la psychologie communautaire* (pp. 53-70). Paris : Dunod.

Green, B. N., Johnson, C. D., & Adams, A. (2006). Writing narrative literature reviews for peer-reviewed journals : secrets of the trade. *Journal of chiropractic medicine*, *5*(3), 101-117.

Grenier, C., Coruble, G., Apostolidis, T., Daguzan, A., Darmon, N. N., Rym, I., Jaffre, Y., Lampropoulos, D., Manzour, Z., Passel, S., Perez, S., & Sambuc, R. (2017). *Intervenir pour réduire les inégalités sociales de santé : des espaces favorables pour expérimenter, pérenniser et diffuser l'intervention – Guide IVRISS d'accompagnement méthodologique*.

Grossman, D. L. (2008). Démocratie, éducation à la citoyenneté et inclusion : une approche multidimensionnelle. *Prospects : quarterly review of comparative education*.

Guétat-Bernard, H., & Lapeyre, N. (2017). Les pratiques contemporaines de l'empowerment. *Cahiers du genre*, *63*(2), 5-22.

Guirimand, N., Thouroude, L., & Leplège, A. (2018). La posture de l'entre-deux des professionnels des secteurs médico-social et sanitaire et la coordination des parcours des jeunes en situation de handicap. *Alter*, *12*(1), 13-25.

Gulati, S., Paterson, M., Medves, J., & Luce-Kapler, R. (2011). Adolescent group empowerment : group-centred occupations to empower adolescents with disabilities in the urban slums of North India. *Occupational Therapy International, 18*(2), 67-84.

Gurman, T. A., Ballard, A., Kerr, S., Walsh, J., & Petrocy, A. (2016). Waking up the mind : Qualitative study findings about the process through which programs combining income generation and health education can empower indigenous Guatemalan women. *Health Care for Women International, 37*(3), 325-342.

Gutierrez, L. M. (1990). Working with women of color : An empowerment perspective. *Social work*, *35*(2), 149-153.

Gutierrez, L. M. (1995). Understanding the empowerment process : Does consciousness make a difference ? *Social work research*, *19*(4), 229-237.

Gutierrez, L. M., GlenMaye, L., & DeLois, K. (1995). The organizational context of empowerment practice : Implications for social work administration. *Social work*, *40*(2), 249-258.

Haldane, V., Chuah, F. L., Srivastava, A., Singh, S. R., Koh, G. C., Seng, C. K., & Legido-Quigley, H. (2019). Community participation in health services development, implementation, and evaluation : A systematic review of empowerment, health, community, and process outcomes. *PloS one*, *14*(5), e0216112.

Hamel, J. (1989). Pour la méthode de cas. Considérations méthodologiques et perspectives générales. *Anthropologie et sociétés*, *13*(3), 59-72.

Han, C. (2018). Precarity, precariousness, and vulnerability. *Annual review of Anthropology*, *47*, 331-343.

Hance, B. J. (1990). *Industry Risk Communication ManualImproving Dialogue with Communities*. CRC press.

Hart, J. (2008). Children's participation and international development : attending to the political. *The International Journal of Children's Rights*, *16*(3), 407-418.

Haut Comité de la santé publique (1998). *La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé.* La Documentation française-HCSP, coll. Avis et Rapports.

Haut Comité de la Santé Publique (2002). Les inégalités et disparités de santé en France. Dans *La Santé en France,* p.163-243.

Haut Comité de la Santé Publique (2013). *La réduction des inégalités sociales et territoriales de santé : place des Ateliers santé ville*. La Documentation française-HCSP, coll. Avis et Rapports.

Haschar-Noé, N. (2020). Entre innovation sous contrainte et instrumentation participative : la construction d'un Programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins des plus démunis (PRAPS). *Innovations*, 102-1000.

Hills, M. D., Carroll, S., & O'Neill, M. (2004). Vers un modèle d'évaluation de l'efficacité des interventions communautaires en promotion de la santé : compte-rendu de quelques développements Nord-américains récents. *Promotion & Education*, *11*(1_suppl), 17-21.

Hur, M. H. (2006). Empowerment in terms of theoretical perspectives : Exploring a typology of the process and components across disciplines. *Journal of community psychology*, *34*(5), 523-540.

Hochart, M. (2016). Vers la généralisation du pouvoir d'agir et de l'empowerment?. *Pratiques en santé mentale*, *62*(3), 25-30.

Hyppolite, S. R., & Parent, A. A. (2017). Stratégies d'action communautaire. In E. Breton, F. Jabot, J. Pommier & W. Sherlaw (Eds.), *La Promotion de la santé. Comprendre pour Agir dans le Monde Francophone* (pp. 177-203). Presses de l'EHESP Rennes.

Institut Renaudot (2012). *Guide pratique d'auto-évaluation des effets de votre démarche communautaire en santé*, Paris, Institut Renaudot.

Israel, B. A., Checkoway, B., Schulz, A., & Zimmerman, M. (1994). Health education and community empowerment : conceptualizing and measuring perceptions of individual, organizational, and community control. *Health education quarterly*, *21*(2), 149-170.

Israel, B., Schulz, A. J., Parker, E. A., & Becker, A. B. (1998). Review of community-based research : assessing partnership approaches to improve public health. *Annual review of public health*, *19*(1), 173-202.

Jamal, K., & Abdallah, Z. (2016). À propos de la notion de précarité. *Sciences & Actions Sociales*, (1), 8-18.

Jasis, P. (2021). Latino immigrant parents and schools : Learning from their journeys of empowerment. *Journal of Latinos and Education*, *20*(1), 93-104.

Jego, M. (2019). *Améliorer la santé des personnes sans chez-soi : vers quelles innovations organisationnelles en soins primaires ?* (Thèse de doctorat, Aix-Marseille Université).

Jemal, A. (2017). Critical consciousness : A critique and critical analysis of the literature. *The Urban Review*, *49*(4), 602-626.

Jennings, L. B., Parra-Medina, D. M., Hilfinger-Messias, D. K., & Mc Loughlin, K. (2006). Toward a critical social theory of youth empowerment. *Journal of Community Practice*, *14*(1-2), 31-55.

Jodelet, D. (1991). L'idéologie dans l'étude des représentations sociales. Dans V. Aebicher, J.P. Deconchy & E.M. Lipianski (Eds.), *Idéologies et représentations sociales* (pp. 15-33). Cousset, Delval.

Jodelet, D. (2003). Représentations sociales : un domaine en expansion. Dans *Les représentations sociales* (Vol. 7, pp. 45-78). Presses Universitaires de France.

Jodelet, D. (2007). *Place de l'expérience vécue dans le processus de formation des représentations sociales*. J.-M. Tremblay.

Jodelet, D. (2008). Le mouvement de retour vers le sujet et l'approche des représentations sociales. *Connexions*, (1), 25-46.

Jodelet, D. (2011). L'approche de la dimension sociale dans la psychologie communautaire. Dans T. Saïas, *Introduction à la psychologie communautaire*, 27-36.

Joubert, M., & Bertolotto, F. (2003). Politiques locales, actions de proximité et de prévention en santé mentale. Enjeux pour les politiques publiques. Dans M. Joubert, *Santé mentale, ville et violences* (pp. 229-251). Érès.

Jourdan, D., O'Neill, M., Dupéré, S., & Stirling, J. (2012). Quarante ans après, où en est la santé communautaire ? *Santé publique*, (2), 165-178.

Jouve, B. (2006). Éditorial. L'empowerment : entre mythe et réalités, entre espoir et désenchantement. *Géographie, économie, société*, *8*(1), 5-15.

Kaës, R. (2009). Le travail psychique en situation psychanalytique de groupe. Dans *Le processus thérapeutique dans les groupes* (pp. 125-141). Érès.

Kaës, R. (2021). *Les théories psychanalytiques du groupe*. Que sais-je.

Kalyanpur, M., & Rao, S. S. (1991). Empowering low-income black families of handicapped children. *American Journal of Orthopsychiatry, 61*(4), 523-532.

Kieffer, C. H. (1984). Citizen empowerment : A developmental perspective. *Prevention in human services*, *3*(2-3), 9-36.

Kirszbaum, T. (2010). D'une politique de la ville l'autre : réforme des instruments, redéfinition des objectifs. *Les Cahiers français : documents d'actualité.*

Kirszbaum, T. (2011). Pourquoi la France résiste à l'empowerment. *Urbanisme*, 74-76.

Kirszbaum, T. (2013). Vers un empowerment à la française ? À propos du rapport Bacqué-Mechmache. *La vie des idées*. http://www.laviedesidees.fr/Vers-un-empowerment-a-la-francaise.html

Kirszbaum, T. (2014). Pouvoir d'agir et politique de la ville : un couple antagonique?. *Urbanisme*, 49-52.

Kleba, M. E., & Wendausen, A. (2009). Empoderamento : processo de fortalecimento dos sujeitos nos espaços de participação social e democratização política. *Saúde e sociedade*, *18*(4), 733-743.

Kmita, G., Baranska, M., & Niemiec, T. (2002). Psychosocial intervention in the process of empowering families with children living with HIV/AIDS--a descriptive study. *AIDS care, 14*(2), 279-284.

Knight, D. W., & Cottrell, S. P. (2016). Evaluating tourism-linked empowerment in Cuzco, Peru. *Annals of Tourism Research, 56*, 32-47.

Labonté, R. (1994). Health promotion and empowerment : reflections on professional practice. *Health education quarterly*, *21*(2), 253-268.

Lafaye, C. (2001). Gouvernance et démocratie : quelles reconfigurations ? Dans L. Cardinal, et al. *La gouvernance à l'épreuve de la démocratie.* Ottawa : Presses de l'Université d'Ottawa, 57-86.

Lany-Bayle, M. & Pineau, G. (2019). Mettre l'expérience en mots : les savoirs narratifs. *Chronique sociale*, 117-129.

Lapassade, G. (2016). Observation participante. *Vocabulaire de psychologie*, 392-407.

Laverack, G. (2001). An identification and interpretation of the organizational aspects of community empowerment. *Community development journal*, *36*(2), 134-145.

Lawler, E. J., Thye, S. R., & Yoon, J. (2008). Social exchange and micro social order. *American sociological review*, *73*(4), 519-542.

Le Bossé, Y. (2003). De l' « habilitation » au « pouvoir d'agir » : vers une appréhension plus circonscrite de la notion d'empowerment. *Nouvelles pratiques sociales*, *16*(2), 30-51.

Le Bossé, Y., Chamberland, M., Bilodeau, A., & Bourassa, B. (2007). Formation à l'approche centrée sur le développement du pouvoir d'agir des personnes et des collectivités (DPA) : étude des modalités optimales de supervision. *Travailler le social, 38–39*, *40*, 133-157.

Le Bossé, Y., Gaudreau, L., Arteau, M., Deschamps, K., & Vandette, L. (2002). L'approche centrée sur le développement du pouvoir d'agir : aperçu de ses fondements et de son application. *Canadian Journal of Counselling and Psychotherapy*, *36*(3).

Le Bossé, Y., Dufort, F., & Vandette, L. (2009). L'évaluation de l'empowerment des personnes : développement d'une mesure d'indices psychosociologiques du pouvoir d'agir (MIPPA). *Canadian Journal of Community Mental Health*, *23*(1), 91-114.

Le Bossé, Y., & Lavallée, M. (1993). Empowerment et psychologie communautaire : aperçu historique et perspectives d'avenir. *Cahiers internationaux de psychologie sociale*, *20*, 7-20.

Lejano, R. P., Rahman, M. S., & Kabir, L. (2020). Risk communication for empowerment : Interventions in a Rohingya refugee settlement. *Risk Analysis, 40*(11), 2360-2372.

Letourmy, A., & Naiditch, M. (2009). L'émergence de la démocratie sanitaire en France. *Santé, société et solidarité*, *8*(2), 15-22.

Lindsjö, C., Sjögren Forss, K., Kumlien, C., & Rämgård, M. (2021). Health promotion focusing on migrant women through a community based participatory research approach. *BMC Women's Health, 21*(1), 1-12.

Lord, J., & Hutchison, P. (1993). The process of empowerment : Implications for theory and practice. *Canadian journal of community mental health*, *12*, 5-5.

Luttrell, C., Quiroz, S., Scrutton, C., & Bird, K. (2009). *Understanding and operationalising empowerment* (pp. 1-16). London: Overseas Development Institute.

Mainaud, T. (2012). Les établissements d'hébergement pour adultes et familles en difficulté sociale. Activité, personnel et clientèle au 15 décembre 2008. *Série statistiques-document de travail-DRESS*, (166).

Maric, M., Gregoire, E., & Leporcher, L. (2008). La prise en charge des populations dites précaires dans les établissements de soins. S*érie études-document de travail-Drees*, (81).

Marková, I. (2011). L'influence et la dialogicité. *Bulletin de psychologie*, (5), 391-398.

Martineau, S. (2005). L'observation en situation : enjeux, possibilités et limites. *Recherches qualitatives*, *2*, 5-17.

Martínez, M. L., Jaramillo, A., Santelices, M. P., & Krause, M. (2009). Psychologie communautaire en Amérique Latine : trajectoire historique et enjeux actuels. *Pratiques psychologiques*, *15*(1), 29-38.

Maton, K. I., & Salem, D. A. (1995). Organizational characteristics of empowering community settings : A multiple case study approach. *American Journal of community psychology*, *23*(5), 631-656.

Maton, K. I. (2008). Empowering community settings : Agents of individual development, community betterment, and positive social change. *American journal of community psychology*, *41*(1), 4-21.

Maurin, L. (2022). La pauvreté paradoxale. *Constructif*, *62*(2), 42-48.

Maury, Y., & Hedjerassi, N. (2020). Empowerment, pouvoir d'agir en éducation. *Spirale-Revue de recherches en éducation*, *66*(3), 3-13.

Mazeaud, A., & Nonjon, M. (2016). Vers un standard participatif mondial ? Enjeux, conditions et limites de la standardisation internationale de la participation publique. *Participations*, (1), 121-151.

Mazeaud, A., Nonjon, M., & Parizet, R. (2016). Les circulations transnationales de l'ingénierie participative. *Participations*, (1), 5-35.

Mc Millan, D. W. (1996). Sense of community. *Journal of community psychology*, *24*(4), 315-325.

Mc Millan, D. W., & Chavis, D. M. (1986). Sense of community : A definition and theory. *Journal of community psychology*, *14*(1), 6-23.

Mc Whirter, E. H. (1991). Empowerment in counseling. *Journal of Counseling & Development*, *69*(3), 222-227.

Mc Whirter, E. H. (1998). An empowerment model of counsellor education. *Canadian Journal of Counselling*, *32*(1), 12-26.

Mellier, D. (2003). Conflits, conflictualité et fonction contenante. *Cliniques méditerranéennes*, (2), 257-276.

Michalot, T., & Siméone, A. (2013). Formation et évolution des représentations professionnelles. Le cas des critères d'accueil de travailleurs sociaux en CHRS. *Recherche et formation*, (72), 133-146.

Miguel, M. C., Ornelas, J. H., & Maroco, J. P. (2015). Defining psychological empowerment construct : Analysis of three empowerment scales. *Journal of Community Psychology*, *43*(7), 900-919.

Minkler, M., Wallerstein, N., & Wilson, N. (2012). Improving health through community organization and community building. *Community organizing and community building for health and welfare*, 37-58.

Mohajer, N., & Earnest, J. (2009). Youth empowerment for the most vulnerable : A model based on the pedagogy of Freire and experiences in the field. *Health education*, *109*(5), 424-438.

Moliner, P., Rateau, P., & Cohen-Scali, V. (2002). *Les représentations sociales. Pratique des études de terrain*. Presses universitaires de Rennes.

Monteith, H., Anderson, B., & Williams, P. L. (2020). Capacity building and personal empowerment : participatory food costing in Nova Scotia, Canada. *Health Promotion International, 35*(2), 321-330.

Morin, M., & Apostolidis, T. (2002). Contexte social et santé. Dans G. N. Fischer, *Traité de psychologie de la santé*, 463-489.

Morin, É., Therriault, G., & Bader, B. (2019). Le développement du pouvoir agir, l'agentivité et le sentiment d'efficacité personnelle des jeunes face aux problématiques sociales et environnementales : apports conceptuels pour un agir ensemble. *Éducation et socialisation. Les Cahiers du CERFEE*, (51).

Moscovici, S. (1984). The phenomenon of social representations. *Social representations*, 3-69.

Moscovici, S., & Marková, I. (1998). Presenting social representations : A conversation. *Culture & psychology*, *4*(3), 371-410.

Moscovici, S. (2005). Le regard psychosocial. *Hermès, La Revue*, (1), 17-24.

Mukamurera, J.-F., Lacourse F., Couturier Y. (2008). Des avancées en analyse qualitative : pour une transparence et une systématisation des pratiques, *Recherches qualitatives*, vol. 26, p. 110-138.

Murray, M. (2012a). Psychologie communautaire de la santé, arts et changement social. Panorama dans le monde anglo-saxon. *Bulletin de psychologie, 65*(5), 419-427

Murray, M. (2012b). Social and political health psychology in action. *Health psychology in action*, 128-137.

Musso, S (2006). Marseille : regard anthropologique sur le recours à une médiatrice de santé publique. *INPES : la santé de l'homme*, 382 -mars-avril.

Naidoo, J., & Wills, J. (1994). Models and approaches to health promotion. *Health Promotion: Foundations for practice*. London (UK) : Bailliere Tidal Royal College of Nursing.

Narayan-Parker, D. (Ed.). (2005). *Measuring empowerment : Cross-disciplinary perspectives*. World Bank Publications.

Nathan, P. (2012). Travail social communautaire et travail social collectif, in DEASS - *Manuel de formation* (pp. 136-149).

Ninacs, W. A. (2002). *Types et processus d'empowerment dans les initiatives de développement économique communautaire au Québec* (Thèse de doctorat en sciences sociales, Université Laval).

Ninacs, W. A. (2003). Empowerment : cadre conceptuel et outil d'évaluation de l'intervention sociale et communautaire. *La clé: La coopérative de consultation en développement*, *26*.

Nwokoro, C. V., & Ogba, F. (2019). Widows : Moving from vulnerability to empowerment in Southeast Nigeria. In *Women's Studies International Forum* (Vol. 72, pp. 56-64). Pergamon.

Pagani, V., Kivits, J., Minary, L., Cambon, L., Claudot, F., & Alla, F. (2017). La complexité : concept et enjeux pour les interventions de santé publique. *Santé Publique*, *29*(1), 31-39.

Paillé, P., Mucchielli, A. (2016). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris : Armand Colin.

Pansardi, P., & Bindi, M. (2021). The new concepts of power ? Power-over, power-to and power-with. In *Essays on evolutions in the study of political power* (pp. 51-71). Routledge.

Parizot, I. (2003). *Soigner les exclus*. Presses universitaires de France.

Parquet, P. (2003). Souffrance psychique et exclusion sociale. *Rapport au Secrétariat d'État à la lutte contre la précarité et l'exclusion auprès du Ministre des affaires Sociales, du travail et de la solidarité*.

Paugam, S. (2012). Les formes contemporaines de la disqualification sociale.

Pelchat, Y. (2010). L'appel à la participation : une vision privatisée de l'inégalité?. *Nouvelles pratiques sociales*, *22*(2), 114-129.

Perkins, D. D., & Zimmerman, M. A. (1995). Empowerment theory, research, and application. *American journal of community psychology*, *23*(5), 569-579.

Peterson, N. A., & Reid, R. J. (2003). Paths to psychological empowerment in an urban community : Sense of community and citizen participation in substance abuse prevention activities. *Journal of Community Psychology*, *31*(1), 25-38.

Peterson, N. A., & Speer, P. W. (2000). Linking organizational characteristics to psychological empowerment : Contextual issues in empowerment theory. *Administration in Social Work*, *24*(4), 39-58.

Pettit, J. (2012). Empowerment and Participation : bridging the gap between understanding and practice. *United Nations Headquaters*, *10*(6), 39.

Peugeot, V. (2015). *Brève histoire de l'empowerment : à la reconquête du sens politique.* http://www.internetactu.net/2015/11/13/breve-histoire-de-lempowerment-a-la-reconquete-du-sens-politique/

Pierret, R. (2013). Qu'est-ce que la précarité ?. *Socio. La nouvelle revue des sciences sociales*, (2), 307-330.

Piff, P. K., Wiwad, D., Robinson, A. R., Aknin, L. B., Mercier, B., & Shariff, A. (2020). Shifting attributions for poverty motivates opposition to inequality and enhances egalitarianism. *Nature Human Behaviour*, *4*(5), 496-505.

Prévost, B. (2010). « Lève-toi et marche ! » : les injonctions de l'empowerment. *Économie et institutions*, (14), 15-39.

Prilleltensky, I. (2008). The role of power in wellness, oppression, and liberation : The promise of psychopolitical validity. *Journal of community psychology*, *36*(2), 116-136.

Popay, J., Whitehead, M., Ponsford, R., Egan, M., & Mead, R. (2021). Power, control, communities and health inequalities : theories, concepts and analytical frameworks. *Health promotion international*, *36*(5), 1253-1263.

Porcherie, M., Pommier, J., Ferron, C., & Jabot, F. (2017). Promotion de la santé en France. In E. Breton, F. Jabot, J. Pommier & W. Sherlaw (Eds.), *La Promotion de la santé. Comprendre pour Agir dans le Monde Francophone* (pp. 303-3014). Presses de l'EHESP Rennes.

Potvin, L., Bilodeau, A., & Gendron, S. (2008). Trois défis pour l'évaluation en promotion de la santé. *Promotion & Education*, *15*(1_suppl), 17-21.

Potvin, L., & Richard, L. (2001). Evaluating community health promotion programmes. *WHO regional publications. European series*, (92), 213-240.

Rappaport, J. (1984). Studies in empowerment : Introduction to the issue. *Prevention in human services, 3*(2-3), 1-7.

Rappaport, J. (1987). Terms of empowerment/exemplars of prevention : Toward a theory for community psychology. *American journal of community psychology*, *15*(2), 121-148.

Ridde, V., & Druetz, T. (2016). La disparition de la communauté en santé publique et santé mondiale : origine sémantique, pragmatique ou contextuelle.

Regards Santé – Atelier de l'Evaluation (2023). *Évaluation nationale de l'expérimentation de projets pilotes d'AAAS : Rapport final* [Annexe 5].

Renaud, L., Chevalier, S., & O'Loughlin, J. (1997). L'institutionnalisation des programmes communautaires : revue des modèles théoriques et proposition d'un modèle. *Canadian journal of public health*, *88*, 109-113.

Roussos, S. T., & Fawcett, S. B. (2000). A review of collaborative partnerships as a strategy for improving community health. *Annual review of public health*, *21*(1), 369-402.

Roy, A. (2020). D'acteurs affaiblis à acteurs politiques. *Spirale-Revue de recherches en éducation*, *66*(3), 25-35.

Ridde, V. (2007). Réduire les inégalités sociales de santé : santé publique, santé communautaire ou promotion de la santé? *Promotion & Education*, *14*(2), 111-114.

Riger, S. (2002). What's wrong with empowerment. In *A quarter century of community psychology* (pp. 395-408). Springer, Boston, MA.

Robert, S. (2013). *Construction et validation d'un score individuel de précarité utilisable en soins primaires : une étude à partir de la cohorte santé, inégalités et ruptures sociales* (Thèse de doctorat, Université Pierre et Marie Curie).

Rodwell, C. M. (1996). An analysis of the concept of empowerment. *Journal of advanced nursing, 23*(2), 305-313.

Röger, U., Rütten, A., Frahsa, A., Abu-Omar, K., & Morgan, A. (2011). Differences in individual empowerment outcomes of socially disadvantaged women : effects of mode of

participation and structural changes in a physical activity promotion program. *International Journal of Public Health, 56*(5), 465-473.

Romero, L., Wallerstein, N., Lucero, J., & Fredine, H. G. (2006). Woman to woman : Coming together for positive change-using empowerment and popular education to prevent HIV in women. AIDS Education and Prevention, 18(5), 390.

Rothman, L., De Vijlder, F., Schalk, R., & Van Regenmortel, M. (2019). A systematic review on organizational empowerment. *International Journal of Organizational Analysis*, *27*(5), 1336-1361.

Roulleau-Berger, L. (1995). Expériences et compétences des jeunes dans les espaces intermédiaires. *Lien social et Politiques*, (34), 109-117.

Roussos, S. T., & Fawcett, S. B. (2000). A review of collaborative partnerships as a strategy for improving community health. *Annual review of public health*, *21*(1), 369-402.

Roy, A. (2020). D'acteurs affaiblis à acteurs politiques. *Spirale-Revue de recherches en éducation*, *66*(3), 25-35.

Saïas, T. (2007). L'identité du psychologue : de la confusion des genres à l'intégration des modèles. L'apport du paradigme communautaire. *Bulletin de psychologie*, (HS), 149-152.

Saïas, T. (2009). Cadre et concepts-clés de la psychologie communautaire. *Pratiques psychologiques*, *15*(1), 7-16.

Saïas, T. (2011). 2. Le cadre conceptuel de la psychologie communautaire. Dans T. Saïas *Introduction à la psychologie communautaire* (p. 13-26).

Sampson, E. E. (1981). Cognitive psychology as ideology. *American psychologist*, *36*(7), 730.

Santiago-Delfosse, M., & Chamberlain, K. (2008). Évolution des idées en psychologie de la santé dans le monde anglo-saxon. De la psychologie de la santé (health psychology) à la psychologie critique de la santé (critical health psychology). *Psychologie française*, *53*(2), 195-210.

Sardenberg, C. (2006). Conceituando "empoderamento" na perspectiva feminista.

Sardenberg, C. (2009). Liberal vs liberating empowerment : Conceptualising women's empowerment from a Latin American feminist perspective. *Pathways Working Paper*, *7*.

Sätre, A. M. (2014). Paid and unpaid social work in Russia : Is women's social work opening up opportunities for empowerment processes? *International Social Work, 57*(5), 523-534.

Saunders, P., & Naidoo, Y. (2018). Mapping the Australian poverty profile : a multidimensional deprivation approach. *Australian Economic Review*, *51*(3), 336-350.

Shankland, R., Saïas, T., & Friboulet, D. (2009). De la prévention à la promotion de la santé: intérêt de l'approche communautaire. *Pratiques psychologiques*, *15*(1), 65-76.

Schulz, A. J., Israel, B. A., & Lantz, P. (2003). Instrument for evaluating dimensions of group dynamics within community-based participatory research partnerships. *Evaluation and Program Planning*, *26*(3), 249-262.

Schulz, A. J., Israel, B. A., Zimmerman, M. A., & Checkoway, B. N. (1995). Empowerment as a multi-level construct : perceived control at the individual, organizational and community levels. *Health Education Research*, *10*(3), 309-327.

Serpa, S., & Ferreira, C. M. (2019). Micro, meso and macro levels of social analysis. *Int'l J. Soc. Sci. Stud.*, *7*, 120.

Sibony, D. (1991). *Entre-deux : l'origine en partage*. Paris, Éditions du Seuil.

Sisselman-Borgia, A. (2021). An adapted life skills empowerment program for homeless youth : Preliminary findings. *Child & Youth Services, 42*(1), 43–79.

Skene, K. R. (2022). What is the Unit of Empowerment ? An Ecological Perspective. *The British Journal of Social Work*, *52*(1), 498-517.

Sjöberg, S., Rambaree, K., & Jojo, B. (2015). Collective empowerment : A comparative study of community work in Mumbai and Stockholm. *International Journal of Social Welfare*, 24(4), 364–375.

Smith, B., & Sparkes, A. C. (2008). Contrasting perspectives on narrating selves and identities : An invitation to dialogue. *Qualitative research*, *8*(1), 5-35.

Speer, P. W. (2000). Intrapersonal and interactional empowerment : Implications for theory. *Journal of community psychology*, *28*(1), 51-61.

Stevenson, C., Dixon, J., Hopkins, N., & Luyt, R. (2015). The social psychology of citizenship, participation and social exclusion : Introduction to the special thematic section. *Journal of Social and political Psychology, 3*(2), 1-19. 26

Speer, P. W., & Hughey, J. (1995). Community organizing : An ecological route to empowerment and power. *American journal of community psychology*, *23*(5), 729-748.

Spencer, B., Broesskamp-Stone, U., Ruckstuhl, B., Ackermann, G., Spoerri, A., & Cloetta, B. (2008). Modelling the results of health promotion activities in Switzerland :

development of the Swiss Model for Outcome Classification in Health Promotion and Prevention. *Health promotion international*, *23*(1), 86-97.

Spira, A., Adolphe, M., Hermange, M. T., Lecomte, D., Benoît, M. M. G., Dreux, C. L., & Laplace, M. M. J. P. (2017). Précarité, pauvreté et santé. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, *201*(4-6), 567-587.

Stake, R. E. (2006). *Multiple case study analysis*. Guilford press.

Stern, D. N. (2005). Le désir d'intersubjectivité. Pourquoi ? Comment ? *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, *35*(2), 29-42.

Tap, P., Tarquinio, C., & Sordes-Ader, F. (2002). Santé, maladie et identité. Dans G. N. Fischer, *Traité de Psychologie de la Santé. Dunod, Paris*, 135-161.

Tardy, A. (2022). *La transférabilité d'une intervention complexe dans le champ des compétences psychosociales en milieu scolaire* (Thèse de doctorat, Aix-Marseille Université).

Tengland, P. A. (2008). Empowerment : A conceptual discussion. *Health Care Analysis*, *16*(2), 77-96.

Tiffou, H., & Lardillon, F. (2010). Marseille : expérience de démarche participative avec les ateliers santé et citoyenneté. Dans L. Potvin, M.-J. Moquet & C. Jones, *Réduire les inégalités sociales en santé.* Saint-Denis, INPES, coll. « Santé en action ».

Thomas, H. (2008). Vulnérabilité, fragilité, précarité, résilience, etc. *Recueil Alexandries.*

Townsend, P. (1987). Deprivation. *Journal of social policy*, *16*(2), 125-146.

Tremblay, P. A. (2010). Intervention et représentation de la pauvreté. *Canadian Review of Sociology/Revue canadienne de sociologie*, *47*(3), 247-271.

Uys, L. R., Majumdar, B., & Gwele, N. S. (2004). The KwaZulu-Natal Health Promotion Model. *Journal of Nursing Scholarship, 36*(3), 192-196.

Vallerie, B., & Le Bossé, Y. (2006). Le développement du pouvoir d'agir (empowerment) des personnes et des collectivités : de son expérimentation à son enseignement. *Les Sciences de l'éducation-Pour l'Ère nouvelle*, *39*(3), 87-100.

Vandecasteele, I., & Lefebvre, A. (2006). De la fragilisation à la rupture du lien social : approche clinique des impacts psychiques de la précarité et du processus d'exclusion sociale. *Cahiers de psychologie clinique*, (1), 137-162.

Vandoorne, C. (2007). Promotion de la santé, éducation pour la santé : parle-t-on de la même chose? Dans *Colloque francophone international" Promotion de la santé et éducation pour la santé : Etat des connaissances et besoins de recherche".*

Vincent, M. A. (2011). Promotion de la santé et empowerment. Dans T. Saïas, *Introduction à la psychologie communautaire* (pp. 71-84). Dunod.

Wallerstein, N., & Bernstein, E. (1994). Introduction to community empowerment, participatory education, and health. *Health education quarterly*, *21*(2), 141-148.

Wallerstein, N. (2006). *What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health?* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.

Ware, N. C. (1999). Evolving Consumer Households : An experiment in community living for people with disorders. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 23*(1), 3.

Watts, R. J., & Serrano-García, I. (2003). The quest for a liberating community psychology : An overview. *American Journal of Community Psychology*, *31*(1-2), 73.

Watts, R. J., Diemer, M. A., & Voight, A. M. (2011). Critical consciousness : Current status and future directions. *New directions for child and adolescent development*, *2011*(134), 43-57.

Whitehead, M., Dahlgren, G., & Mc Intyre, D. (2007). Putting equity center stage: challenging evidence-free reforms. *International Journal of Health Services*, *37*(2), 353-361.

Wiggins, N. (2012). Popular education for health promotion and community empowerment : a review of the literature. *Health promotion international*, *27*(3), 356-371.

Wolff, T. (2001). Community coalition building—contemporary practice and research : introduction. *American Journal of Community Psychology*, *29*(2), 165-172.

Wresinski, J. (1987). *Grande pauvreté et précarité économique et sociale : séances des 10 et 11 février 1987: rapport*. Conseil économique et social.

Yin, R. K. (1994). Discovering the future of the case study. Method in evaluation research. *Evaluation practice*, *15*(3), 283-290.

Yin, R. K. (2009). *Case study research : Design and methods* (4th Ed.). Thousand Oaks, CA : Sage.

Yoo, S., Weed, N. E., Lempa, M. L., Mbondo, M., Shada, R. E., & Goodman, R. M. (2004). Collaborative community empowerment : An illustration of a six-step process. *Health Promotion Practice, 5*(3), 256-265.

You, C., Joanny, R., Ferron, C., & Breton, E. (2017*). Intervenir localement en promotion de la santé. Les enseignements de l'expérience du pays de Redon-Bretagne sud: Sept fiches pour accompagner le renforcement des capacités d'action en faveur de la santé et du bien-être de la population.*

Zimmerman, M. A. (1990). Toward a theory of learned hopefulness : A structural model analysis of participation and empowerment. *Journal of research in personality*, *24*(1), 71-86.

Zimmerman, M. A. (1995). Psychological empowerment : Issues and illustrations. *American journal of community psychology*, *23*(5), 581-599.

Zimmerman, M. A., & Rappaport, J. (1988). Citizen participation, perceived control, and psychological empowerment. *American Journal of community psychology*, *16*(5), 725-750.

Index des tableaux

Tableau 1. Eléments descriptifs généraux, pays et niveau d'intervention *(de la revue de la littérature)*

Tableau 2. Les différentes séquences et éléments du processus d'empowerment

Tableau 3. Les résultats associés au processus d'empowerment

Tableau 4. Dimensions structurant les grilles d'entretien et des focus

Tableau 5. Caractéristiques des résidents participants et thèmes abordés dans les ateliers des 4 CHRS

Tableau 6. Analyse du processus participatif de l'action et développement de l'empowerment

Tableau 7. L'analyse du processus d'empowerment dans les ateliers chez les résidents

Tableau 8. L'analyse du processus d'empowerment dans les ateliers chez les professionnels des CHRS

Index des figures

Figure 1. Éléments du processus d'empowerment personnel (Lord & Hutchison, 1993)

Figure 2. Les niveaux macro et micro dans la théorie et la pratique du travail social. (Albuquerque, 2017).

Figure 3. Stratégie de sélection des articles *(de la revue de la littérature)*

Figure 4. Les étapes du processus d'empowerment en contexte de précarité (issues de la revue de la littérature)

Figure 5. Stratégies ascendante et descendante du programme (*« La santé à Saint-Mauront Belle-de-Mai : On s'y met tous ! »*)

Figure 6. Analyse de contenu des assemblées plénières

Figure 7. Schéma définissant la santé réalisé par le conseil de citoyens le 1-07-2009

Figure 8. Bilan des thématiques travaillées dans la démarche communautaire

Figure 9. Catégorisation des modifications obtenues pour un accès simplifié à la cantine scolaire

Figure 10. Les principales étapes identifiées dans la démarche de santé communautaire

Figure 11. Catégorisation des modifications obtenues pour améliorer l'accès à la prévention

Figure 12. Catégorisation des modifications obtenues sur les relations entre les familles et les écoles

Figure 13. Catégorisation des modifications obtenues pour améliorer le logement et le cadre de vie

Figure 14. Les risques identifiés dans la pérennisation de la démarche de santé communautaire

Figure 15. Modélisation de la dynamique du processus participatif et de développement de l'empowerment au sein des ateliers *« Santé Citoyenneté »*

Notes

[1] Sources : Observatoire Régional de la Santé PACA, ex-URCAM PACA - régime général stricto sensu. 6% des ménages en France déclarent de ne pas avoir de couverture santé et 5,7% bénéficient de la CMUC ; Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie (2011). *Évaluation de la loi CMU*. RAPPORT N°V.

[2] ARS siège et délégation territoriale des Bouches du Rhône, Ville de Marseille, Inspection Académique, Conseil Général 13, GIP Politique de la Ville, Caisse Primaire d'Assurance Maladie, Caisse d'Allocations Familiales, Direction Régionale du Service Médical, Assistance Publique Hôpitaux de Marseille, Préfecture.

[3] (PRODAS) Programme québécois de prévention précoce fondé sur la parole et l'expression des ressentis qui vise à favoriser le bien-être et prévenir les violences en développant les compétences psychosociales.

[4] Parmi les objectifs opérationnels de l'animation de la démarche communautaire dans le plan d'action 2011-2014, il était indiqué d'« *assurer une veille régulière sur les problématiques du territoire ainsi que sur les dispositifs et projets existants ».*

[5] Rapport annuel de la Commission nationale de déontologie de la sécurité (CNDS), 2010. Page 41. https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/cnds_ra_2010.pdf

[6] Citons tout de même l'Institut Renaudot qui vise à promouvoir les démarches communautaires en santé et de développer, soutenir et renforcer les interventions afin d'associer tous les acteurs (habitants – professionnels – élus, Institutions) depuis l'évaluation des besoins de santé jusqu'à la réalisation des actions et leur évaluation. (institut-renaudot.fr)

Annexes

Annexe 1 – Tableau descriptif détallé des références de la revue de la littérature.....428

Annexe 2 – Tableau des interventions, résultats et éléments de processus issus de la revue de la littérature.....437

Annexe 3 – Guide d'entretien semi-directif pour l'évaluation de la dynamique communautaire et partenariale du programme « La santé à Saint-Mauront Belle-de-Mai on s'y met tous » 457

Annexe 4 – Guides des focus group pour l'évaluation de la dynamique communautaire et intersectorielle du programme « La santé à Saint-Mauront Belle-de-Mai on s'y met tous»..... 460

Annexe 5 –Document de présentation du conseil de citoyens 469

Annexe 6 – Présentation des résultats du questionnaire sur la dynamique partenariale.....470

Annexe 7 – Bilan 2009-2010 des activités de la démarche de santé communautaire 474

Annexe 8 – Ensemble des éléments de diagnostics synthétisés au sein de la démarche communautaire du programme « La santé à Saint-Mauront Belle-de-Mai on s'y met tous » 480

Annexe 9 – Présentation de l'action « Santé et Citoyenneté en direction des résidents des centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) 494

Annexe 10 – Etapes et éléments du processus participatif à l'issue de la phase d'immersion au sein de l'action « santé et citoyenneté en direction des résidents des centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) » 499

Annexe 1 – Tableau descriptif détallé des références de la revue de la littérature

Référence complète	Mots clés	Question de recherche/sujet(s)	Méthodologie	PAYS	Population cible
Aldoory, L., Braun, B., Maring, E. F., Duggal, M., & Briones, R. L. (2015). Empowerment in the process of health messaging for rural low-income mothers: An exploratory message design project. Women & health, 55(3), 297-313.	Health messages, mothers, rural health Messages de santé, mères, santé en zone rurale	Développer l'empowerment des mères en construisant des messages d'éducation à la santé en prenant en compte leur perception de leur auto-efficacité et leur contrôle personnel face à des décisions de santé, et quels messages de santé sont importants pour elles.	Analyse qualitative des données enregistrées des groupes et analyse les données en utilisant les éléments de la théorie ancrée de Corbin et Strauss (2008).	USA	Populations rurales dominantes dans chaque État de l'étude : les Afro-Américains dans le Maryland et en Caroline du Nord, les Asiatiques et les insulaires du Pacifique à Hawaï, les à Washington et dans l'Iowa ; les Caucasiens dans le Maryland, le Massachusetts et le Tennessee ; et les Amérindiens. Tennessee ; et les Amérindiens dans le Dakota du Sud. (diversification de l'échantillon)
Avery, H., Sjögren Forss, K., & Rämgård, M. (2022). Empowering communities with health promotion labs: result from a CBPR programme in Malmö, Sweden. Health Promotion International, 37(1), daab069.	Empowerment, health promotion, urban neighbourhoods, Sweden, inequity, immigrant background Empowerment, promotion de la santé, quartiers urbains, Suède, inégalité, origine immigrée	L'étude décrit les résultats d'un programme de recherche communautaire participatif de trois ans qui vise à améliorer la santé par le biais d'une plate-forme de promotion de la santé dans un quartier à faible revenu de Malmo¨ , en Suède qui compte une grande proportion d'habitants issus de l'immigration. L'empowerment a été examinée de deux points de vue. D'une part, dans quelle mesure le programme a contribué au renforcement communautaire (Labonté et Laverack, 2001 ; Laverack, 2004), y compris au niveau de changements communautaire (Wallerstein, 1992 ; Zimmerman, 1995). D'autre part, identifier les aspects spécifiques qui ont été vécus comme habilitants par les participants, et comment ils pourraient être renforcés.	30 entretiens de groupes avec 250 participants aux six laboratoires de santé. L'empowerment des communautés et des individus est utilisée dans cette étude comme une grille d'analyse des matériaux issus des différentes activités du programme.	Suède	Malmo¨ est la troisième plus grande ville de Suède et le programme s'est déroulé dans un quartier comptant environ 7800 résidents, dont 75 % sont des migrants de première et deuxième génération. Le revenu annuel moyen des résidents dans le quartier en 2017 était de 261 419 SEK contre 363 942 SEK dans la ville de Malmo¨ ; 52 % des résidents âgés de 20 à 64 ans avaient un emploi, contre 67% dans le reste de la ville. Des acteurs du monde universitaire, du secteur public et du secteur commercial ont été impliqués, ainsi que des ONG et des résidents.
Ayton, D., & Joss, N. (2016). Empowering vulnerable parents through a family mentoring program. Australian journal of primary health, 22(4), 320-326.	Church, disadvantaged families, social determinants of health. Église, familles défavorisées, déterminants sociaux de la santé.	Evaluation du programme Creating Opportunities and Casting Hope (COACH), un programme de soutien à la parentalité en s'attaquant aux déterminants sociaux chez des familles vulnérables, tels que le logement, l'emploi, la santé, les finances et le soutien social.	Mixte : Entretiens semi-structurés avec les parents (n = 12), des sondages en ligne auprès des mentors (n = 27) et un examen des rapports de cas des parents inclus sur la base des observations des professionnels sociaux de COACH (n = 27).	Australie	Les familles vulnérables potentielles sont identifiées et orientées vers le programme par le biais de réseaux scolaires, d'agences d'aide sociale ou de contacts avec les églises locales.
Bartle, E. E., Couchonnal, G., Canda, E. R., & Staker, M. D. (2002). Empowerment as a dynamically developing concept for practice: Lessons learned from organizational ethnography. Social Work, 47(1), 32-43.	Child development; empowerment; ethnography; organizations; poverty	Dresser un portrait réaliste de la pratique de l'empowerment en action du projet EAGLE : un programme complet de développement de l'enfant situé à Kansas City.	Ethnographie organisationnelle de sept ans sur l'histoire du développement l'empowerment des familles à faible revenu et de leurs enfants	USA	Familles du Kansas, qui est une zone urbaine du Midwest ethniquement diversifiée, avec des enfants d'âge préscolaire pendant un maximum de cinq ans par famille.

Borg Jr, M. B. (2002). The Avalon Gardens Men's Association: A community health psychology case study. Journal of Health Psychology, 7(3), 345-357.	Avalon Gardens Men's Association, community health psychology, empowerment, men's health, prevention Association des hommes d'Avalon Gardens Association, psychologie communautaire, empowerment, santé des hommes, prévention	Cet article explore sur quatre années les implications en matière de santé des changements individuels et communautaires dans un projet d'habitation à faible revenu de South Central Los Angeles, appelé « Avalon Gardens. Plus précisément, il s'agit de comprendre comment un groupe d'hommes afro-américains américains et latinos de la communauté ont formé une organisation appelée l'Avalon Gardens Men's Association (AGMA), qui a contribué à favoriser, soutenir et maintenir le processus d'empowerment.	Données quantitatives et qualitatives recueillies auprès résidents et des prestataires de services travaillant avec résidents d'Avalon Gardens et soulignant les résultats qui étaient considérés comme directement ou indirectement liés à l'évolution des problèmes de santé chroniques de la communauté.	USA	Hommes afro-américians et latino-américains d' Avalon Gardens dans le cendre de sud de Los Angeles, territoire marqué par les problèmes chroniques tels que le racisme, la pauvreté, la violence intra-raciale, le chômage, l'abus de drogues/alcool, les problèmes de santé épidémiques, l'échec scolaire et les problèmes aigus liés à la crise elle-même, tels que les émeutes, les pillages, les incendies criminels et la violence interraciale.
Castro-Arroyave, D., Monroy, M. C., & Irurita, M. I. (2020). Integrated vector control of Chagas disease in Guatemala: a case of social innovation in health. Infectious diseases of poverty, 9(1), 1-9.	Chagas disease, Community empowerment, Interdisciplinarity, Intersectorality, Social innovation in health Maladie de Chagas, empowerment de la communauté, interdisciplinarité, intersectorialité, innovation sociale dans le domaine de la santé.	L'objectif de cette étude était de décrire et d'analyser les processus par lesquels une équipe interdisciplinaire, en collaboration avec les communautés de Comapa, au Guatemala, a mis au point une solution efficace pour lutter contre le risque de maladie de Chagas.	Etude qualitative comprenant des entretiens semi-structurés (n=9) auprès d'hommes et des femmes résidents des quatre communautés de Comapa. Des personnes des secteurs universitaire et gouvernemental ont également été interrogées. Tous les participants étaient impliqués dans les activités d'amélioration de l'habitat et des activités visant à réduire les triatomes dans les foyers et les communautés. Des observations directes ont été menées en utilisant une approche d'étude de cas afin de décrire et de comprendre le processus de recherche et d'intervention communautaire mis au point par des chercheurs du Laboratoire d'Entomologie et de Parasitologie Appliquées de l'Université de San Carlos du Guatemala (Laboratorio de Barcelona). Les données d'observation ont été collectées à travers les notes de terrain de deux chercheurs sociaux. D'autres sources comprennent des documents sur Comapa et la maladie de Chagas, ainsi que des publications produites par les chercheurs responsables de l'initiative au Guatemala.	Guatemala	Les communautés rurales de Comapa, au Guatemala La maladie de Chagas est fortement associée à la pauvreté dans les zones rurales d'Amérique latine du fait des matériaux de construction (de matériaux végétaux par exemple), courantes dans les zones rurales d'Amérique latine.
Clemens, L., Canaday-Talley, M., Rowland, A. J. D., Gillis, M. E., Blacksheep, C. M., & Romero, J. J. (2019). Kids These Days: Increasing Youth Engagement in Community Heritage and Social Justice Through the Implementation of a Youth Participatory Empowerment Model (Doctoral dissertation, University of Missouri-Saint Louis).	Community involvement, empowerment, leadership, social justice, trust, adulthood Participation communautaire, empowerment, leadership, justice sociale, confiance, âge adulte	Explorés les processus d'identification et d'engagement communautaire ou d'un besoin de justice sociale dans leur communauté au travers de la mise en place du programme Youth Participatory Empowerment Model (YPEM)	Recherche-action : entretiens et observations afin d'identifier les thèmes et les stratégies mobilisés à partir de 6 études de cas	États-Unis	Jeunes sans-papiers, issues de zones rurales, suburbains et urbains, issus de populations à faibles revenus ou mal desservies.

Cox, E. O. (1992). The critical role of social action in empowerment oriented groups. Social work with Groups, 14(3-4), 77-90.		Proposer un modèle de pratique de groupe dans le travail social axé sur le développement de l'empowerment.	Etude de cas	USA	**Etude de cas 1** : Les membres du groupe de femmes vivaient dans une proximité géographique et pouvaient communiquer régulièrement. Le travailleur social connaissait un certain nombre des douze membres principaux du groupe d'entraide, **Etude de cas 2 :** Un grand nombre des résidents âgés qui ont participé au groupe étaient souffraient de maladie mentale, de déclin physique et/ou d'alcoolisme.
Delgado, J. M. (2015). Making Stories, Writing the World: Critical Strategies for Arts-Based Practices with Los Angeles Urban Youth. University of California, Los Angeles.	Arts, Empowerment, Feminism, pratice, teaching Arts, Empowerment, Féminisme, Pratiques, Enseignement	Analyse des processus de développement de collaborations créatives avec les jeunes marginalisés au sein de trois projets pluriannuels à Los Angeles	Analyse rétrospective d'archives professionnelles et interviews auprès d'anciens professionnels et participants	USA	Jeunes marginalisés à Los Angeles entre 1991 et 2015
Douglas, J. A., Grills, C. T., Villanueva, S., & Subica, A. M. (2016). Empowerment praxis: community organizing to redress systemic health disparities. American journal of community psychology, 58(3-4), 488-498.	Empowerment, Community organizing, Public health, Health disparities, Culture, Childhood obesity, Built environment, Evaluation Empowerment, Organisation communautaire, Santé publique, Disparités en matière de santé, Culture, Obésité infantile, Environnement physique, Évaluation	Explorer les stratégies d'organisation communautaire sur plusieurs niveaux qui s'attaquent aux causes profondes de disparités en matière de santé au travers de deux études de cas de deux organisations communautaires participant au programme Communities Creating Healths Environments (CCHE) sur l'obésité infantile de la Fondation Robert Wood Johnson.	Pour chacun des deux cas étudiés : 12 entretiens structurés trimestriels, 1 à 2 jours d'observations, un entretien de fin de recherche, un entretien 6 mois après, complétés par un examen exhaustif de tous les documents disponibles pour décrire et comprendre le processus d'organisation communautaire et les résultats.	USA	Power U : Communautés historiquement caribéennes et afro-américaines de Miami-Dade d'Overtown et d'Opa- Locka sont respectivement composées de 14 094 personnes (environ 90 % de Noirs ou d'Afro-américains) et de 15 219 personnes (environ 66 % de Noirs ou d'Afro-Américains), et présentent des taux extrêmes de pauvreté familiale, respectivement de 49 % et 39 %, et des prévalences élevées de mortalité infantile, d'insuffisance de poids à la naissance et de naissances à haut risque en raison de soins natals et prénataux inadéquats. CAAAV Organizing Asian Communities (CAAAV) : Chinatown représente une zone de 2000 carrés avec une population de 150 000 habitants qui est en train de s'embourgeoiser, ce qui limite encore davantage l'accès aux espaces de loisirs en raison d'un surdéveloppement du bâti et marginalisent la communauté historique en réduisant l'accès à des aliments culturellement appropriés, frais et sains provenant de la population locale, d'origine chinoise et d'autres pays. Alors que les loyers de la ville de New York s'envolent, les familles sont de plus en plus souvent contraintes de vivre dans des appartements surpeuplés et petits.

Dunlap, K. M. (1997). Family empowerment: One outcome of cooperative preschool education. Child Welfare: Journal of Policy, Practice, and Program, 76(4), 501–518.	Disadvantaged, empowerment, mothers, parent school relationship, preschool education, adulthood, young adulthood, thirties Désavantagé, empowerment, mères, relation parents-école, éducation préscolaire, âge adulte, jeune adulte, trentaine	Explorer le développement de l'empowerment de familles défavorisées dont les enfants ont bénéficier d'un programme d'éducation préscolaire coopératif	Sur 18 mois : - observations des réunions hebdomadaires de parents, les événements spéciaux organisés pour les parents et les enfants, et les réunions du conseil d'administration - groupes de discussion avec les soignants - visites à domicile avec neuf familles qui avaient suivi le programme les années précédentes. Triangulation des données à l'aide d'informateurs clés, de sources supplémentaires, (dossiers sur le programme notamment) pour renforcer la validité [Patton 1990].	USA	Cette recherche a été menée dans une école maternelle privée dans une grande ville métropolitaine du sud des Etats-Unis. L'école maternelle est hébergée dans une église du centre-ville, en face s'une grande cité de logements sociaux de la ville construit en 1987 face aux crimes violents et la vente et l'utilisation de drogues par les adolescents et les membres de gangs. Le chômage dans le quartier avait grimpé en flèche à plus de 80%, contre 4 % pour le reste de la ville. La plupart des enfants inclus dans le projet rencontraient de gros problèmes à l'école. Au départ, 18 Familles du quartier ont inscrit leurs enfants. À la fin de l'année scolaire l'année scolaire, 15 familles étaient encore actives.
Eisen, A. (1994). Survey of neighborhood-based, comprehensive community empowerment initiatives. Health Education Quarterly, 21(2), 235-252.	Community services, empowerment, health education, neighborhoods, aduthood Services communautaires, empowerment, éducation pour la santé, quartiers, adultes	(1) d'explorer la manière dont une série d'initiatives d'empowerment communautaire basées sur le quartier ont défini ces principes dans la pratique (la globalité, le quartier, et l'autonomisation de la communauté) (2) Déterminer si certaines structures organisationnelles, certains processus, certains buts, et objectifs sont plus propices que d'autres à l'autonomisation de la communauté et à des résultats positifs en matière de santé que d'autres. (3) Suggérer des implications pour les éducateurs de santé qui qui s'engagent à travailler dans des communautés privées de leurs droits.	Entrevues exploratoires avec 50 représentants d'organisations et d'initiatives communautaires autour de l'historique, le contexte du quartier, le processus de planification et la structure de l'organisation, ses buts et objectifs, sa stratégie, les réalisations et les relations avec les bailleurs de fonds. Entretiens de suivi plus brefs avec des représentants des 17 initiatives présentées afin de vérifier les progrès réalisés en matière de renforcement de la participation communautaire et vers l'atteinte des objectifs de résultats. Examen approfondi des rapports de programmes et de fondations non publiés et des coupures de presse.	USA	Résidents à faibles revenus au sein de quartiers marginalisés et défavorisés dans plusieurs ville des Etats-Unis
Flick, L. H., Given Reese, C., Rogers, G., Fletcher, P., & Sonn, J. (1994). Building community for health: Lessons from a seven-year-old neighborhood/university partnership. Health education quarterly, 21(3), 369-380.	Communities, conflict, empowerment, health promotion, public health service nurses, adulthood Communautés, conflit, empowerment, promotion de la santé, infirmières des services de santé publique, âge adulte.	Cet article analyse deux situations conflictuelles qui se sont produites au cours des efforts visant à renforcer la une communauté par le biais d'un partenariat entre un quartier diversifié d'une grande ville du Midwest et un programme de formation d'infirmières en santé communautaire.	Deux études de cas : analyse de deux situations de conflit qui ont surgi au cours de 7 années de développement communautaire dans le quartier de Tower Square. L'une concerne le lien entre les parents et l'école, l'autre sur le développement d'une offre de santé de quartier.	USA	Partenariats de l'université de Saint-Louis avec trois communautés du quartier de Tower Square qui compte une population d'environ 5 000 personnes. Certains segments de la population sont très défavorisés. 44 % des résidents se situant sous le seuil de pauvreté. 40 % des résidents n'ont pas l'équivalent d'un diplôme de l'enseignement secondaire.
Gabitova, G., & Burke, N. J. (2014). Improving healthcare empowerment through breast cancer patient navigation: a mixed methods evaluation in a safety-net setting. BMC Health Services Research, 14(1), 1-11.	Patient navigation, Breast cancer, Disparities, Healthcare empowerment Navigation des patients, cancer du sein, disparités, empowerment en santé.	Evaluer le programme de navigation des patients, son impact sur les expériences des patients, sur le point de vue des prestataires de soins, et comment les patients s'engagent dans des pratiques qui ont des implications pour l'empowerment en santé.	Entretiens qualitatifs avec 16 patients et 4 prestataires de services. - 66 heures d'observation de la clinique - Enquête par questionnaires auto-administrée pour 67 patients.	USA	Notre population d'étude comprenait 83 patients qui ont été qui ont été assignées à un navigateur pendant leur traitement à la clinique de traitement à la clinique du sein de l'hôpital urbain

Gay, F. N. C. (2019). Empowering high-risk males through street outreach (Doctoral dissertation, University of Illinois at Chicago).	Communities, death and dying, empowerment, nonviolence, violence Communautés, mort et décès, autonomisation, non-violence, violence	Décrire comment ces travailleurs de proximité ont été en mesure de renforcer la confiance, les compétences et les capacités des hommes à haut risque de violence pour se saisir des opportunités prosociales, répondre aux conflits de manière non violente, et à participer activement à la communauté de manière non violente.	Entretiens semi-dirigés avec chacun des quatre travailleurs de proximité sélectionnés et avec 40 jeunes à haut risque.	USA	Hommes âgés de 18 à 35 ans à haut risque de violence et victimes de violence dans les territoires défavorisés de Chicago où se concentrent les homicides et la violence dans ces quartiers composés principalement de familles afro-américaines et latinos dont les communautés sont connues pour la durabilité de la pauvreté à travers les générations. Les jeunes répondaient à l'une des catégories suivantes : décrochage scolaire, travail dans l'économie souterraine, arrestation pour possession de drogue ou d'arme à feu, et lien avec un gang de rue.
Gulati, S., Paterson, M., Medves, J., & Luce-Kapler, R. (2011). Adolescent group empowerment: group-centred occupations to empower adolescents with disabilities in the urban slums of North India. Occupational Therapy International, 18(2), 67-84.	adolescents with disabilities; community-based rehabilitation; rehabilitation in India; critical ethnography adolescents handicapés ; réadaptation à base communautaire ; réadaptation en Inde ; ethnographie critique	Cette étude visait à comprendre comment les adolescents handicapés peuvent assumer un plus grand contrôle sur leur réadaptation par leur participation à un programme de réadaptation communautaire dans les bidonvilles urbains du nord de l'Inde. Il s'agit d'explorer les stratégies d'empowerment permettant aux adolescents handicapés d'exprimer leurs points de vue, de s'approprier leur réadaptation et de s'impliquer dans leur communauté ; en soutenant le travail de collaboration entre les adolescents avec et sans handicap.	Etude de cas, approche ethnographique critique (sous-culture adolescente, l'impact du contexte, point de vue des adolescents sur les changements) ; multiples méthodes de collecte de données qualitatives (Entretiens, groupes de discussion) et participatives (notes de terrain écrite/visuelle)	INDE	21 adolescents handicapés et 11 adolescents sans handicap (âgés de 12 à 18 ans), ainsi que 10 membres du personnel de réadaptation communautaire. Bidonville à la périphérie de New Delhi. La zone comptait une population de 35 000 habitants, dont environ 500 personnes handicapées. La communauté était caractérisée par un faible statut socio-économique, un taux d'analphabétisme élevé, le patriarcat, l'interdépendance, la consommation de drogues, violence et petits délits.
Gurman, T. A., Ballard, A., Kerr, S., Walsh, J., & Petrocy, A. (2016). Waking up the mind: Qualitative study findings about the process through which programs combining income generation and health education can empower indigenous Guatemalan women. Health Care for Women International, 37(3), 325-342.	Health Education, low-Income, empowerment, program evaluation, self concept Éducation pour la santé, faibles revenus, empowerment, évaluation des programmes, concept de soi	Pour mieux comprendre l'intérêt de cette stratégie combinée alliant une stratégie de soutien aux revenus et d'éducation pour la santé, explorer le processus d'empowerment chez les femmes artisanes indigènes guatémaltèques qui participent à deux de ces programmes - Friendship Bridge et Aj Quen.	Entretiens semi-structurés et approfondis avec les femmes artisanes (n=44) et le personnel (n=11) des deux ONG. Notes individuelles d'observation des participants après chaque journée d'entretien. Application d'une analyse selon l'approche de la théorie ancrée, ce qui a permis de générer une théorie spécifique plutôt que de la tester (Strauss & Corbin, 2007).	Guatemala	Environ 40 % des Guatémaltèques s'identifient comme indigènes, et la majorité d'entre eux (75 %) vivent dans la pauvreté (Instituto Nacional de Estudios de Guatemala). Il y a entre 700 000 et un million de femmes qui pratiquent le tissage dans le pays et qui est pour ces femmes la source principale de revenus (Dunn & Villeda, 2005). L'intervention s'est axée sur les groupes de femmes soutenues par deux organisations non gouvernementales (ONG), Friendship Bridge et Aj Quen intégraient l'éducation à la santé dans des programmes de génération de revenus depuis au moins cinq auprès de femmes artisanes qui pratiquent le tissage.
Jasis, P. (2019). Latino immigrant parents and schools: Learning from their journeys of empowerment. Journal of Latinos and Education.	Empowerment, Immigration, parents, School learning, Latinos/Latinas, Adulthood Empowerment, Immigration, parents, Apprentissage scolaire, Hispaniques, Adultes	Exploration du processus de participation de parents immigrés latinos à la scolarisation de leurs enfants dans plusieurs contextes scolaires et communautaires : examiner les pratiques et interactions particulières à partir de récits de parents immigrés et d'enseignants.	Approche ethnographique (observations, entretiens individuels et de groupe) sur l'école et la communauté à partie des récits, expériences vécues des familles immigrés latinos militants et un petit nombre d'enseignants de leurs enfants.	USA	Familles issues davantage d'un milieu agricole et d'origine mexicaine.

Kalyanpur, M., & Rao, S. S. (1991). Empowering low-income black families of handicapped children. American Journal of Orthopsychiatry, 61(4), 523-532.	Empowerment; Home Visiting Programs, Mothers, Thérapeutic Processes, Adulthood, Female Empowerment ; Programme de visites à domicile, Mères, Processus Thérapeutiques, Adultes, Femme	Analyse du défi et des aspects conflictuels de la mise en œuvre de relations de collaboration et d'empowerment entre les parents et les professionnels	Qualitative : entretiens en profondeur répétés et observations participantes des intéractions sur 11 mois	USA	Quatre femmes issues de la communauté noire, à faible revenu, mères célibataires, âgées de 30 à 41 ans.
Kmita, G., Baranska, M., & Niemiec, T. (2002). Psychosocial intervention in the process of empowering families with children living with HIV/AIDS--a descriptive study. AIDS care, 14(2), 279-284.	AIDS, empowerment, family, HIV, Intervention, Childhood, Adolescence, Adulthood SIDA, empowerment, famille, VIH, intervention, enfance, adolescence, âge adulte	Etude exploratoire et descriptive pour d'évaluer différentes stratégies (et contextes) de l'intervention psychosociale comme moyen de : de fournir aux familles des moyens (compétences, connaissances, etc.) d'améliorer leurs conditions de vie (discrimination notamment), de soutenir les familles et les enfants dans le processus d'adaptation à cette maladie (faire face à la perte, à la divulgation, etc.) , de promouvoir une estime de soi positive, la capacité à faire ses propres choix, l'auto-efficacité, de faciliter la réintégration dans la communauté locale, le groupe de pairs, etc., de promouvoir les réseaux de soutien à différents niveaux (famille, communauté locale, institutions et organisations).	Qualitative : enregistrement des sessions de groupe	Pologne	30 enfants âgés de 2 à 15 ans, infectés et/ou affectés par le VIH/SIDA et leurs familles Familles d'enfants vivant avec le VIH/sida, souffrant de troubles du développement. Les parents de 80 % des enfants étaient d'anciens toxicomanes.
Knight, D. W., & Cottrell, S. P. (2016). Evaluating tourism-linked empowerment in Cuzco, Peru. Annals of Tourism Research, 56, 32-47.	Empowerment Community-based tourism Peru Poverty alleviation Power Empowerment Tourisme communautaire Pérou Lutte contre la pauvreté Pouvoir	Le cadre de pouvoir en quatre parties de Rowlands (1997) est appliqué pour conceptualiser les processus d'autonomisation des populations locales	Enquête qualitative rapide (RQI) : entretiens, notes de terrain, observation (multiples techniques)	Pérou	Membres d'associations touristiques et non touristiques, guides d'Intrepid et de membres d'associations touristiques travaillant avec Intrepid. Intrepid, représentants du gouvernement. Les personnes interrogées sont les suivantes : ménages impliqués dans le tourisme (n = 47), ménages non impliqués dans le tourisme (n = 29), guides Intrepid (n = 12), représentants du gouvernement (n = 5). représentants du gouvernement (n = 5)
Lejano, R. P., Rahman, M. S., & Kabir, L. (2020). Risk communication for empowerment: Interventions in a Rohingya refugee settlement. Risk Analysis, 40(11), 2360-2372.	Empowerment; relational model; risk communication; Rohingya refugees Empowerment ; modèle relationnel ; communication des risques ; réfugiés Rohingya	Comment adapter le processus de communication des risques afin d'accroître le niveau de d'empowerment au sein de la population cible	Enquête pré-post intervention sur le fatalisme et en faveur de l'action (agency) et de l'espoir, Description de nombreux éléments du processus de l'intervention (description et résultats)	Bangladesh	Camp massif de réfugiés rohingyas qui ont fui les conflits ethniques dans le Myanmar voisin

Lindsjö, C., Sjögren Forss, K., Kumlien, C., & Rämgård, M. (2021). Health promotion focusing on migrant women through a community based participatory research approach. BMC Women's Health, 21(1), 1-12.	Story-dialogue method, Health promoter, Empowerment, Health literacy, Social determinants of health Méthode du récit-dialogue, Promoteur de santé, Empowerment, Connaissances en matière de santé, Déterminants sociaux de la santé.	L'objectif de cette étude était d'identifier les bases du processus d'empowerment au travers des conditions de promotion de la santé avec les femmes migrantes à travers une approche de recherche participative basée sur la communauté.	Analyse thématique à partir des histoires individuelles et des récits d'expérience dans le groupe L'analyse thématique a été menée avec les participants, puis par les chercheurs.	Suède	Les femmes d'un quartier socialement défavorisé de Malmö, en Suède, étaient originaires de pays du Moyen-Orient, tels que l'Irak, le Liban, la Palestine, le Yémen, la Syrie et la Jordanie, ainsi que de pays africains, comme le Maroc et le Soudan. Elles vivaient en Suède depuis 1 à 34 ans (médiane : 15 ans) l'âge des femmes était compris entre 26 et 75 ans (médiane 46 ans).
Monteith, H., Anderson, B., & Williams, P. L. (2020). Capacity building and personal empowerment: participatory food costing in Nova Scotia, Canada. Health Promotion International, 35(2), 321-330.	Food, capacity building, empowerment, participatory Alimentation, renforcement des capacités, empowerment, participatif	Cette étude visait à explorer les résultats, les processus et les expériences de renforcement des capacités individuelles et collectives des femmes en matière de sécurité alimentaire impliquées sur le long terme dans une recherche-action participative.	Entretiens téléphoniques approfondis semi-structurés dans le cadre d'une approche qualitative et phénoménologique. 14 participants potentiels ont été identifiés et invités à participer aux entretiens. 7 ont accepté de participer. Tous résidaient dans différentes régions de la Nouvelle-Ecosse et étaient impliquées dans le recherche-action participative depuis 4 ans ou plus. Certains bénéficiaient ou avaient bénéficié de l'aide au revenu, certains étaient des leaders communautaires.	Canada	La province de la Nouvelle-Écosse (NS), au Canada, a toujours eu des taux de d'insécurité alimentaire supérieurs à la moyenne nationale : 17,5 % en 2012, et plus de 20% des enfants vivant dans des ménages en insécurité alimentaire (Tarasuk et al., 2014).
Nwokoro, C. V., & Ogba, F. (2019, January). Widows: Moving from vulnerability to empowerment in Southeast Nigeria. In Women's Studies International Forum (Vol. 72, pp. 56-64). Pergamon.	Vulnerability , Empowerment Widowhood, Relational autonomy theory, Agency Aid organizations Vulnérabilité, Empowerment Veuvage, Théorie de l'autonomie relationnelle, Agence, Organisations d'aide	Enquêter sur les expériences des veuves concernant les services fournis par les organisations d'aide dans les zones rurales.	Approche ethnographique, qualitative : entretiens semi-structurés (principalement) et observation naturaliste des veuves bénéficiant des services des organisations d'aide	Nigeria	Veuves bénéficiant des services des organisations d'aide dans les communautés rurales du sud-est du Nigeria
Röger, U., Rütten, A., Frahsa, A., Abu-Omar, K., & Morgan, A. (2011). Differences in individual empowerment outcomes of socially disadvantaged women: effects of mode of participation and structural changes in a physical activity promotion program. International Journal of Public Health, 56(5), 465-473.	Women's development, social inequalities, immigration, integration, health promotion Développement des femmes, inégalités sociales, immigration, intégration, promotion de la santé	Explorer les processus et les résultats du programme de promotion de la santé visant à améliorer l'accès à l'activité physique individuels d'un groupe de femmes socialement défavorisées au niveau de : - de l'empowerment individuel, communautaire et organisationnel - de l'implication des personnes et comment cela influe sur l'empowerment - des processus opérant au niveau de la communauté et de l'organisation	Quinze entretiens semi-structurés ont été menés auprès de 6 professionnels qui ont participé à l'ensemble du processus de planification, de mise en œuvre et d'évaluation du programme, ainsi que 9 femmes qui ont pris part aux activités du programme. Analyse des résultats en termes d'empowerment individuel, communautaire et organisationnel	Allemagne	Femmes socialement défavorisées (classées comme des femmes bénéficiant d'un faible revenu ou de l'aide sociale, ayant un faible niveau d'éducation, sans emploi ou ayant chômeuses ou ouvrières, parents isolés ou parent isolé ou appartenant à une minorité ethnique) au sein de la ville allemande d'Erlangen. Parties prenantes impliquées dans l'intervention : des décideurs politiques tels que le maire de la ville d'Erlangen, des représentants de différentes organisations communautaires (par ex, le responsable d'un club de sport local, le directeur régional d'une caisse de maladie) et des chercheurs de l'Institut de la santé publique et de la santé publique.

Romero, L., Wallerstein, N., Lucero, J., & Fredine, H. G. (2006). Woman to woman: Coming together for positive change-using empowerment and popular education to prevent HIV in women. AIDS Education and Prevention, 18(5), 390.	AIDS Prevention, At Risk Populations, Empowerment, Health education, HIV, Adolescence, Adulthood, Female Prévention du sida, Populations à risque, Empowerment, Éducation à la santé, VIH, Adolescence, Adultes, Femmes	Evaluation participative de la faisabilité de la mise en œuvre du programme Woman to Woman dans les populations urbaines et rurales, et de son efficacité initial au cours de ses trois premières années d'existence, de 2000 à 2003.	[quantitatif] Mesures de l'empowerment par questionnaires. [qualitatif] enregistrement exhaustif des verbatims des femmes écrits sur les tableaux, journaux des animateurs sur les activités réalisées, éléments issus des groupes de discussion	USA	Femmes en situation de précarité (sans abri, sortante de prison, dans la rue) issues de zones urbaines et rurales
Sätre, A. M. (2014). Paid and unpaid social work in Russia: Is women's social work opening up opportunities for empowerment processes?. International Social Work, 57(5), 523-534.	NGOs, poverty, Russia, social mothers, social work ONG, pauvreté, Russie, mères, travail social	Comment le travail social en Russie peut avoir un effet sur l'empowerment des femmes pauvres. - Quel le rôle des travailleurs sociaux travaillant dans les services d'aide sociale dans la promotion de l'agence et de l'empowerment dans deux régions russes. -Identifier quand et comment les ONG sociales peuvent contribuer aux processus d'empowerment des personnes pauvres.	Observations et des entretiens menés entre 2002 et 2012 dans deux régions auprès d'une diversité d'acteurs : représentants politiques à différents niveaux de représentativités, résidents et familles en situation de pauvreté, professionnels des services locaux d'aide sociale, dirigeants d'ONG et d'autres organismes bénévoles, représentants de l'administration locale.	Russie	Femmes pauvres
Sisselman-Borgia, A. (2021). An adapted life skills empowerment program for homeless youth: Preliminary findings. Child & Youth Services, 42(1), 43–79.	Homeless youth; homeless youth program; mentoring; youth services; youth training Jeunes sans-abri ; programme pour les jeunes sans abri ; mentorat ; services en faveur jeunes ; formation destinée aux jeunes	Cet article décrit le processus et les premiers résultats d'un programme communautaire intensif et de soutien intitulé The Living Proud Life Skills Empowerment Program qui a été conçu pour répondre aux besoins des jeunes sans-abri.	Méthodes mixtes quantitatives et qualitatives pour évaluer les cycles du programme pilote adapté aux jeunes. Les notes de terrain ont été utilisées pour améliorer la compréhension du processus du programme et les résultats issus des données quantitatives (Echelle Sens de la Cohérence et Traumatismes).	USA	Jeunes sans-abri issus des refuges centres d'accueil de cinq arrondissements de New York. Les participants devaient être âgés de 16 à 24 ans
Sjöberg, S., Rambaree, K., & Jojo, B. (2015). Collective empowerment: A comparative study of community work in Mumbai and Stockholm. International Journal of Social Welfare, 24(4), 364–375.	collective empowerment, community work, critical social work, marginalisation, social mobilisation, welfare model empowerment collectif, travail communautaire, critique du travail social, marginalisation, mobilisation sociale, modèle d'aide sociale.	La présente étude comparative a exploré la manière dont l'empowerment collectif et les activités qui permettent son développement ont été entrepris par les travailleurs sociaux communautaires dans ces deux contextes urbains- Mumbai et Stockholm.	Entretiens semi-structurés auprès de 13 informateurs clés issus de 3 organisations de travail communautaire opérant dans ces deux contextes, principalement des directeurs/ managers/ coordinateurs/ travailleurs sociaux de rue, travaillaient aux côtés d'autres travailleurs communautaires. Analyse des données sous Atlas-ti 6.2, en utilisant la méthode d'analyse critique du discours.	Suède et Inde	Mumbai, l'étude s'est concentrée sur la zone appelée M-Ward Est qui a l'indice de développement le plus bas de Mumbai (0,2), situé à la limite nord-est de la ville et compte une population d'environ un million d'habitants, dont 77 % vivraient dans des bidonvilles. À Stockholm, l'étude s'est concentrée sur la région de Tensta, qui compte 18 045 habitants, dont 86,5 % d'entre eux sont d'origine étrangère, dont 45 % viennent d'Asie et 36 % d'Europe, et environ 9 % d'Europe. La zone regroupe six banlieues et a été au centre de l'attention des médias suédois Suédois après une série d'incendies de voitures et d'émeutes survenus en mai 2013.

Uys, L. R., Majumdar, B., & Gwele, N. S. (2004). The KwaZulu-Natal Health Promotion Model. Journal of Nursing Scholarship, 36(3), 192-196.	health promotion, primary health care, empowerment Promotion de la santé, soins de santé primaire, empowerment	Intégrer la promotion de la santé dans la pratique d'infirmières de soins par un programme de développement de l'empowerment sur la base d'un enseignement interactif en petits groupes et en reliant les groupes à des ressources externes.	Entretiens avec les infirmières et les groupes de femmes	Afrique du Sud	82 Infirmières de soins qui dispensent des soins de santé de premier niveau Public cible : Le projet visait à améliorer la participation des femmes des femmes rurales aux soins de santé primaires au sein d'une province de 617 000 personnes. 90% de cette population était rurale, 97% étaient des Africains, et 60% étaient des femmes. Le taux de chômage était de 23% en 1990 (Erasmus, 1991).
Ware, N. C. (1999). Evolving Consumer Households: An experiment in community living for people with disorders. Psychiatric Rehabilitation Journal, 23(1), 3.		Analyse du processus d'empowerment qui permet d'atteindre l'objectif envisagé des foyers de se transformer en groupes autonomes et autogérés, en développant un processus qui favorise l'indépendance, maximise les compétences sociales, nourrit la collaboration, et fournit un foyer sûr.	Etude ethnographique sur 18 mois : observation participante (passer du temps avec les personnes dans leur propre environnement, participer à des activités formelles ou plus informelles), entretiens informels avec les résidents et le personnel. Données enregistrées sous forme de notes de terrain	USA	Soixante-deux personnes issues pour la plupart de foyers pour personnes sans abri présentant des troubles psychiatriques ont emménagé dans sept ECH sur une période de 15 mois. Six à dix personnes vivaient dans chaque résidence.
Yoo, S., Weed, N. E., Lempa, M. L., Mbondo, M., Shada, R. E., & Goodman, R. M. (2004). Collaborative community empowerment: An illustration of a six-step process. Health Promotion Practice, 5(3), 256-265.	Community empowerment; community capacity development; community-based participatory research; community partnership; social ecological model; healthy aging Empowerment communautaire ; développement communautaire ; recherche participative communautaire ; partenariat communautaire ; modèle écologique et social ; vieillissement en bonne santé	Cette étude reproduit un modèle d'empowerment communautaire en 6 étapes, présenté pour la première fois par Yoo et al. (2004), pour identifier les problèmes de santé de la communauté, élaborer des stratégies pour traiter les questions prioritaires, et mettre en œuvre les actions en collaboration avec les partenaires.	Les animateurs universitaires ont documenté chaque réunion communautaire et toutes les réunions liées au projet. Ils ont également élaboré et rédigé les rapports trimestriels et annuels du projet. Tous ces documents ont servi de sources de données pour l'étude.	USA	Les BRHP étaient principalement des retraités caucasiens et des personnes handicapées résidant dans les 12 immeubles pour personnes âgées au sein du comté d'Allegheny, en Pennsylvanie. La moitié des personnes âgées du (65 ans ou plus) du comté vivait dans la pauvreté (Musa et al., 2003). Les personnes handicapées y représentaient 38,7 % des personnes âgées de 65 ans et plus (Argueta & Bang, 2003).

Annexe 2 – Tableau des interventions, résultats et éléments de processus issus de la revue de la littérature

Référence complète	Caractéristiques de l'intervention/des pratiques	Résultats	Eléments de processus
Aldoory, L., Braun, B., Maring, E. F., Duggal, M., & Briones, R. L. (2015). Empowerment in the process of health messaging for rural low-income mothers: An exploratory message design project. Women & health, 55(3), 297-313.	9 groupes de discussion, approche participative pour concevoir des messages de santé avec les participants en tant que cocréateurs.	- **Sentiment de contrôle** dans certains contextes de vie en te que mère - **Auto-efficacité perçue**. Se percevoir capables de prendre des décisions et d'accomplir une action pour la santé (activité physique, communiquer avec les médecins)	**Contextualiser les possibilités d'agir** avec leur vie quotidienne et leur rôle de mère **Favoriser l'identification et la narration : r**aconter une histoire de mères partageant leur identité de mère rurale. ***Professionnels :*** **Reconnaître** les contraintes et obstacles de leur vie quotidienne de mère ***Obstacles*** : contingences extérieures qui freinent l'accès aux droits de santé, comme le coût des soins, la garde d'enfants
Avery, H., Sjögren Forss, K., & Rämgård, M. (2022). Empowering communities with health promotion labs: result from a CBPR programme in Malmö, Sweden. Health Promotion International, 37(1), daab069.	Le programme avait pour but de développer un modèle pour améliorer l'accès équitable à la santé en utilisant une approche participative en promotion de la santé au sein d'une recherche participative et coopérative par le biais d'une plateforme de promotion de la santé. Elle impliquait cinq types d'acteurs : universitaires (Université de Malmö), le secteur public (la région de Scanie et la ville de Malmö), le secteur commercial, les ONG et la communauté. **Double phase de participation dans la planification** La phase de planification a constitué à des premiers ateliers participatifs, « Les ateliers du futur » développés dans l'Allemagne de l'après-guerre (Jungk et Mullert, 1987) comme méthode de prise de décision collective et de vision de l'avenir. Cette approche a été largement utilisée en Suède pour la planification participative (Renblad et al., 2009). La planification a abouti à la conception de six « laboratoires » cocréatifs de promotion de la santé autour de six thèmes : santé bucco-dentaire et alimentation ; gymnastique en plein air et Fitness Justice ; santé mentale (pour les personnes handicapées) ; la santé des femmes ; la santé sociale des jeunes adultes ; la sécurité dans la ville ; la santé des enfants ; la sécurité dans la région. **Animation de la participation par les pairs** Les activités de promotion de la santé dans les laboratoires ont été coordonnées par des promoteurs de santé non professionnels qui étaient membres de la communauté et qui avaient exprimé leur intérêt pour le programme lors des premiers " ateliers futurs ". Toutes ces personnes étaient des immigrants de première génération (étant, par exemple, originaire du Moyen-Orient et d'Europe de l'Est). Les promoteurs de santé ont été formés aux méthodologies participatives par des universitaires et des praticiens. Ils avaient un rôle de facilitateurs du programme, ils ont invité les membres de la communauté du quartier, ont diffusé de l'information. Les promoteurs de santé n'avaient pas d'expertise préalable en matière de santé mais ont été recrutés pour leur connaissance du quartier. Les méthodes utilisées dans les laboratoires comprenaient des cercles culturels, le photovoice, les groupes de dialogue et les récits. Les décisions au sein des laboratoires étaient prises par consensus après des discussions parfois approfondies.	**Changement de perspectives, développement de la confiance** - Les groupes ont été **un lieu de répit** - Ils/elles ont pu **croire en l'avenir** - Sentiment qu'elles pouvaient **changer leur propre vie** **Nouveaux rôles** tournés **vers la communauté** - Être des modèles ou des **acteurs de changement** pour les familles du quartier. - Dynamique croissante pour prendre en main pour leur vie personnelle en main mais aussi pour **la communauté plus large.** Restaurer la **dignité et le lien social** - Restauration de la dignité **par le fait d'être ensemble** - L'**isolement** a maintenant disparu - **cohésion de groupe** par l'entraide, la confiance, pouvoir trouver de l'aide et un soutien **Création** de nouvelles brochures sur l'alimentation et le sucre et d'un cercle de parole sur la santé **La participation** dans les groupes a contribué à modifier des **habitudes de santé** : habitudes alimentaires, plus actifs physiquement, amélioration de la santé mentale, moins sédentaires Développement de **liens sociaux** et d'un **sens de la communauté** - Interactions **en dehors du groupe** - Etablissement de **liens** par les rencontres régulières - Les interactions sociales ont permis d'accroître le **sentiment de sécurité dans le quartier** pour les femmes.	**Mobilisation communautaire : confiance** dans les promoteurs de santé non-professionnels du quartier **Diagnostic communautaire** - prise en compte des **souffrances psychosociales (**isolement, éloignement des services, traumas) - a**spirations et demande des groupes** sur les déterminants sociaux et les thématiques de santé prioritaires **Opportunités de dialogue, de soutien et de co-apprentissage en groupe entre pairs** - C**réation** par les femmes d'un cercle de parole sur la santé - « Nous **apprenons** les uns des autres » - Partage d'histoire et d'expériences - Climat d'**écoute** - **Multiples possibilités** de discussion entre elles. - mobilisation dans les groupes de **professionnels externes** pour discuter de leurs problèmes **Opportunités de dialogue et d'interactions avec les décideurs** - Implication de **multiples parties prenantes** : opportunités aux résidents de rencontrer et de dialoguer avec **les autorités locales.** - Groupe de pilotage régulier réunissant **promoteurs de santé pairs** et les représentants de toutes les **parties prenantes**. **Gouvernance, facteurs structurels, et conflits** - Les résultats des groupes de discussion ont été présentés dans le groupe de pilotage - Mise en évidence de **barrières structurelles.** - Des **conflits et des intérêts divergents** ont parfois émergé - Les promoteurs de santé ont reçu le soutien de praticiens expérimentés ***(facilitateur)*** pour réfléchir ensemble à ces tensions et maintenir un climat ouvert, respectueux et pluraliste au sein des groupes de discussion.

Ayton, D., & Joss, N. (2016). Empowering vulnerable parents through a family mentoring program. Australian journal of primary health, 22(4), 320-326.	**Les mentors du programme COACH** sont des bénévoles membres de l'église qui ont de bonnes compétences interpersonnelles et de communication, ainsi qu'une expérience auprès de familles isolées et vulnérables. Les mentors suivent une formation de 14 heures dispensée par les travailleurs sociaux de COACH et reçoivent un manuel de formation. Les parents s'engagent avec leur mentor sur une période minimale de 12 mois afin de les aider à améliorer et à développer leurs compétences pour réaliser leur projet de vie. Les parents participants (appelés parents COACH) identifient deux ou trois " objectifs de vie " sur lesquels ils aimeraient se concentrer dans le cadre du programme parmi une liste de 10 thèmes proposés. **Le programme COACH** fournit un soutien pratique à la parentalité, des compétences sociales et un soutien émotionnel, il cherche également à s'attaquer aux déterminants sociaux qui ont un impact sur les familles et qui sont souvent à l'origine de leur vulnérabilité.	Amélioration de **la confiance** et de la **relation aux enfants** (programme d'aide à la parentalité) : - Amélioration de leur **estime de soi** et de leur **confiance.** - Améliorations dans leur relation avec leur(s) enfant(s) - Confiance dans l'a**tteinte de leurs objectifs** fixés avec le mentor Accès à des **ressources** externes sur **différents déterminants** : obtenir un logement social, prise en charge des problèmes de toxicomanie ou de santé mentale, accès et la préparation de repas sain, ressources à la reprise d'études, opportunités de travail à temps partiel.	Prise en compte de **cumul des situations de vulnérabilités psychosociales** : perte d'emploi, isolement social, difficultés familiales Relations mentor-parent : **centrées sur les besoins, objectifs ciblés par le parent** (besoin d'un soutien social, compétences, accès aux services) Ecoute et travail **réflexif** - S**outien** émotionnel, - R**éflexions** basées sur **leurs connaissances et leur expérience** de vie, aider à explorer les **options disponibles *(opportunités)*** S'appuyer sur un réseau de **dispositifs extérieurs** - D**éveloppement de partenariats solides** avec les services locaux, les écoles et les groupes communautaires
Bartle, E. E., Couchonnal, G., Canda, E. R., & Staker, M. D. (2002). Empowerment as a dynamically developing concept for practice: Lessons learned from organizational ethnography. Social Work, 47(1), 32-43.	L'approche principale du projet EAGLE consistait à aider chaque famille à atteindre ses objectifs en matière de développement sain de l'enfant et de bien-être général de la famille. **Formation permanente des travailleurs** de la petite enfance et du personnel des agences coopérantes : activités nécessaires pour préparer les familles au changement, améliorer la qualité et la quantité des services de garde d'enfants. **Formation des travailleurs pairs** : le rôle de gestionnaire de cas est passé d'un rôle de pair à un rôle professionnel (c'est-à-dire qu'il ajoute une formation et une expérience professionnelles aux rôles de mentor et de défenseur). **Systèmes de soutien communautaire** *intersectoriel* : tels que l'aide sociale, la santé, la santé mentale, l'emploi, l'éducation et le transport.	**Prise de conscience de :** **-** leurs propres **circonstances** **-** leurs **forces** - leurs **ressources** - leurs **choix** Développement de stratégies efficaces de **résolution des problèmes**	Processus **relationnel** : - **Collaboration** avec les familles et promotion des **compétences et les connaissances des parents** - **Soutien mutuel** dans la communauté Développement **d'environnements capacitants, habilitants** : - Adapter les **services existants** participant réellement au processus - Impliquer **tous les aspects de la vie** des familles - Engagement constant à **long terme** de la part d'une organisation. Créer une nouvelle **culture organisationnelle et professionnelle** : - Temps consacré à la réflexion sur l'organisation, les forces, les défis assurent le **développement créatif de l'organisation** - Référents gestionnaires de cas en tant que **mentors**, en tant que **pairs et professionnels**.
Borg Jr, M. B. (2002). The Avalon Gardens Men's Association: A community health psychology case study. Journal of Health Psychology, 7(3), 345-357.	L'intervention de la CHRI était basée sur des initiatives centrées sur des problèmes identifiés par les résidents de la communauté, plutôt qu'imposées par l'équipe d'intervention. Les résidents d'Avalon Gardens ont été considérés comme faisant partie intégrante de la planification, la mise en œuvre et l'évaluation des initiatives. En outre, l'AGMA a été fondée spécifiquement sur un ensemble de directives d'action communautaire conçues pour favoriser et soutenir le processus continu de collaboration entre les résidents de la communauté ainsi qu'entre les résidents et l'équipe d'intervention.	**Nouveau regard porté sur le territoire** - Nouvelle **vision** et un **espoir** renouvelé parmi les résidents - Changement dans la manière des hommes de **percevoir leur environnement** comme hostile - a bénéficié aux « personnes qui ont le plus besoin d'aide » et qui « sont le moins en bonne santé ». **Cohésion et engagement communautaire :** - Emergence d'un **nouveau leadership** communautaire à Avalon Gardens - travailler à l'élaboration de solutions qui soutiennent leur **engagement envers** la sécurité et la santé de **la communauté.** - Sentiment de **cohésion de groupe** **Reconnaissance et alliances sur le plan organisationnel** - l'AGCSA a obtenu le **statut d'organisation** à but non lucratif et - a pu développer et recevoir des **fonds** - **maintien des alliances** avec les autres organisations établies dans le cadre du projet de revitalisation urbaine. - **collaboration permanente** avec l'initiative de " police communautaire " de la police de Los Angeles	**Diagnostic communautaire** - Pouvoir décrire leur propre situation - Inventaire complet des **forces et des ressources** de leur communauté - Définition de leurs **priorités** et des **ressources extérieures nécessaires.** - Nouveaux besoins, alliances, projets et objectifs **continuellement formulés** - Mise à disposition de **leurs connaissances, compétences, ressources** **Développement communautaire** - Invitation à d'autres membres de la communauté à participer - Formation du **groupe de travail** sur les communautés urbaines de Los Angeles. - Maintien d'un **objectif principal** centré la santé et la sécurité **à long terme** **Développement organisationnel** - **Partenariat** avec des organismes extérieurs - Invitation à des **professionnels de la santé** à participer au processus de collaboration - **L'organisation communautaire** AGMA a été **reconnue** comme étant un moyen de travailler avec les résidents qui avaient historiquement été exclus

Castro-Arroyave, D., Monroy, M. C., & Irurita, M. I. (2020). Integrated vector control of Chagas disease in Guatemala: a case of social innovation in health. Infectious diseases of poverty, 9(1), 1-9.	L'innovation sociale dont nous rendons compte ici a été conçue pour impliquer la participation de la communauté, avec le soutien d'équipes interdisciplinaires et une dynamique intersectorielle. L'objectif était d'assurer des conditions de vie plus saines pour éviter la colonisation des habitations par les vecteurs de la maladie de Chagas (triatomes). Les interventions comprenaient le remplissage des fissures et des crevasses des sols et des murs en utilisant les matériaux disponibles localement, ainsi que la sensibilisation et la formation des dirigeants et des membres de la communauté pour qu'ils adoptent les améliorations apportées aux maisons et contribuent à des changements culturels tels que le maintien des animaux à l'extérieur des maisons afin d'éliminer le risque de colonisation des maisons par les vecteurs triatomes.	**Résultats visibles sur plusieurs déterminants de santé** - **Environnement physique** : Quatre-vingt pour cent des punaises triatomes enlevés des murs, plâtrage des murs, terre battue au sol. - **Changements des habitudes** ménages dans la gestion des animaux domestiques, l'entretien de leurs parcelles, utilisation des terres. - **Développement de l'activité agricole** : plantation et la culture d'arbres fruitiers et la commercialisation des fruits produits - Augmentation des **revenus**, une meilleure **nutrition**, un meilleur **cadre de vie** et **habitat** **Empowerment économique des femmes comme impact indirect** - Culture d'arbres fruitiers locaux et **vente** des fruits - Elles ont gagné en **indépendance économique**, développer l'**esprit d'entreprise,** la gestion des poulets et la commercialisation des fruits. **Empowerment organisationnel : formation d'alliances, enrôlement de nouvelles organisations clés** - Les **politiciens locaux des municipalités** ont rejoint l'initiative. - **Alliances clés établies** : ministère de la Santé du Guatemala, ONG internationales, organisations locales et régionales - Le **personnel du centre de santé local a été formé** par l'équipe pour éduquer les personnes traitées sur la maladie de Chagas **Initiative communautaire inspirante dont les bénéfices sont reconnus** - Les universités ont été une **source d'inspiration** pour le ministère de la santé et les professionnels de santé locaux. - **Reconnaissance** des organisations des avantages de **l'action systémique** face aux pulvérisations chimiques conventionnelles. - **Reconnaissance de la contribution de la communauté** à participer à l'étude, à l'action, à la transformation sociale. - **Reconnaissance** de l'utilité indispensable de **l'expertise communautaire** : « Il est important de faire participer la communauté, car elle est responsable de sa vie et **possède les connaissances** et **ce sont elles qui peuvent** empêcher que l'insecte continue à coloniser leurs maisons"	**Démarche communautaire et interdisciplinaire pour agir sur la maladie de Chagas** - **Dialogue ouvert** qui permet d'inclure **différentes disciplines** : collaboration avec des architectes, ingénieurs, anthropologues, sociologues, vétérinaires - Relation de **confiance et d'empathie** établie avec les **communautés** qui ont apporté leurs **connaissances pratiques, sociales et culturelles.** - Utilisation d'un **langage simple et adapté** avec la communauté - Les chercheurs ont **compris la réalité des familles** touchées par la maladie **Stratégie clé : élaboration des solutions avec les communautés** **- Consultation** de la communauté sur leur vie et pratiques quotidiennes qui constituaient des facteurs de risque d'infection - Identification des **actions possibles** - **Définition des moyens** pour réaliser des plans d'amélioration des logements **avec la participation** d'hommes et de femmes des c**ommunautés** : matériaux, usages, coutumes. **Développement de compétences et accès à de nouvelles ressources** - Les femmes ont **appris à utiliser un mélange de matériaux** pour rendre les murs résistants aux insectes au lieu de la boue traditionnellement utilisée. - Les familles ont **reçu des matériaux** (cendres volcaniques et chaux des régions avoisinantes) pour **entreprendre l'amélioration de la maison**. **Développement de la croyance de pouvoir faire quelque chose en travaillant de manière intersectorielle** - Importance de **l'interaction et de la collaboration** entre les institutions de différents secteurs, les décideurs, **les chercheurs** - « Ensemble, nous pouvons faire des choses, mais seul, c'est plus difficile » (fonctionnaire du ministère de la santé, Guatemala, 2017). **Pérennisation et durabilité et impacts positifs sur différents déterminants** - Initiative débutée dans 4 villages, **étendue dans 17 autres** dans trois pays. - De nombreux **membres de la communauté** ont commencé à **améliorer leur environnement** : l'entretien de leurs parcelles, activités agricoles - Jeunes hommes **formés comme animateurs et techniciens** de terrain pour le programme d'amélioration de l'habitat dans leur propre communauté

Clemens, L., Canaday-Talley, M., Rowland, A. J. D., Gillis, M. E., Blacksheep, C. M., & Romero, J. J. (2019). Kids These Days : Increasing Youth Engagement in Community Heritage and Social Justice Through the Implementation of a Youth Participatory Empowerment Model (Doctoral dissertation, University of Missouri-Saint Louis).	Modèle d'action YPEM (Youth Participatory Empowerment Model) pour favoriser l'expression des jeunes et les mettre en contact avec des **mentors adultes** et des **ressources communautaires.** L'objectif final d'YPEM était de guider les jeunes et leurs mentors à travers un processus qui les habilitait à agir en tant qu'acteurs en faveur de la justice sociale par l'amélioration des **ressources communautaires,** et en cultivant une " **position plus critique sur les questions sociales, politiques et économiques** ". L'objectif était de favoriser un changement social positif du point de vue de l'individu, du groupe et de la communauté. **Dimensions du processus :** - Conscience de soi - Congruence - Engagement - Objectif commun - Collaboration - Le débat/dialogue - Citoyenneté - Changement social **YPEM Stratégies** - Le développement communautaire - Partenariats communautaires - Apprentissage basé sur les problèmes - Programmes de mentorat - Engagement familial - Éducation à la citoyenneté - Compétence culturelle - Développement de la confiance **Clés pour le changement social** - La voix des jeunes - Engagement des jeunes - Empowerment des jeunes	**Intégration sociale et engagement communautaire** - **Développement positif** des jeunes et du civisme - Dynamique centrée sur **leurs croyances** ce qui développe leur engagement et à **devenir des jeunes leaders** dans leur communauté **Développement de partenariats** - Permettent d'**accumuler des ressources** ou d'atteindre des **objectifs communs.** - **Soutien le leadership** des jeunes pour le changement communautaire. - **Bénéficie à la communauté** large et non seulement aux jeunes.	**Création d'un espace psychologique sûr** - prendre en compte le **contexte de vie des jeunes** - **partage de** leurs expériences communes, leurs échecs ou difficultés sans jugement - Prise en compte des **besoins fondamentaux** en matière de logement, de nourriture, de sécurité et de soutien émotionnel. - Prendre en compte les **vulnérabilités** : la violence le racisme, les **traumas** des jeunes - Etablir la **confiance** **Faciliter l'engagement des jeunes en se centrant sur eux** - Développement de **compétences déjà là** - les jeunes se sentent **valorisés,** et ce qui motive leur engagement - **Mise en valeur** des actions positives - **Défendre les préoccupations communes** de tous les participants. - Réflexion permettant des **perspectives variées**

Cox, E. O. (1992). The critical role of social action in empowerment oriented groups. Social work with Groups, 14(3-4), 77-90.	**Deux exemples de cas de groupes dans le travail social orientés vers le développement de l'empowerment**. L'un était un groupe de personnes âgées résidant dans un hôtel à chambres individuelles (SRO) à bas revenus, l'autre un groupe de femmes qui recevaient l'aide publique du département des services sociaux d'un comté.	**Sens et engagement collectif** - **Engagement** actif dans la recherche de **ressources externes à partager** **-** Les membres ont **continué à se réunir** et à mener d'**autres activités** - **Engagement** dans l'action sociale **Croyance dans le groupe par les changements obtenus** **- De petits gains** ont servi à réaffirmer la croyance dans les compétences et les **capacités collectives du groupe** **- Cohésion du groupe par les changements obtenus** : meilleures stratégies de sécurité dans l'hôtel, le changement de politique en matière de coupons alimentaires, nouvelles heures d'ouverture d'un service **Bénéfices individuels et collectifs directs** et concrets : - trouver un **emploi**, entamer des études **supérieures** ou d'autres programmes de formation. - **ressources matériels pour le groupe** - **accès à des ressources extérieures** tangibles **Activités collectives** de **plaidoyer, de pression, de mobilisation** **- Activités de plaidoyer** qui les ont mis en contact avec des fonctionnaires à tous les niveaux. - Écriture de c**ourriers**, **pétitions** et **montent des tentes** sur la pelouse du tribunal. **- Assistent** à des réunions du **conseil municipal** en tant que groupe, - **Négociations avec le département** des services sociaux pour une allocation de relogement plus importante que celle proposée **- Capacités à dire** aux personnes plus puissantes ce qu'ils pensaient, ou de **réclamer leurs droits.** - Avec l'aide d'un avocat, le groupe a pu fournir des informations aux autres résidents sur les aides disponibles et a proposé des **réunions sur l'utilisation des services.**	Discussions sur les problèmes **communs et de multiples déterminants** - identifier et comprendre les **problèmes communs** - Préoccupations dépassant celles du département des services sociaux : **écoles, possibilités d'éducation, emploi, besoins primaires** Multiples **liens, soutiens** - **conseils et soutien moral** sur les relations difficiles avec les hommes **- s'encourager** mutuellement - **soutien matériel** : s'occuper des enfants, donner de la nourriture. **Partage** et accès aux ressources - **Partage de ressources** sur les dispositifs existants : travailleurs sociaux, coupons alimentaires, système scolaire - Aider les résidents à trouver des ressources telles que les services dentaires, la préparation des impôts, le transport vers les soins médicaux. **Conscientisation** - Prise de conscience accrue de la **dynamique des bureaucraties.** - Prise de conscience que les personnes qui ont un pouvoir de décision avaient souvent une connaissance moins élevée des problématiques que les **résidents eux-mêmes** - **Démystification** par l'interaction avec les figures oppressives - **Compréhension** du système sociale et des institutions Développement de **compétences relationnelles et politiques** - Apprendre à défendre leurs intérêts auprès du département des services sociaux et d'autres organisations. - S'efforcer de **changer la politique du département** concernant le relogement Interactions avec les **personnes ressources** qui ont un pouvoir de décision ***Professionnels :*** Rôle mobilisateur et facilitateur du travailleur social en les rencontrant les résidents pour les encourager à participer à un groupe.
Delgado, J. M. (2015). Making Stories, Writing the World : Critical Strategies for Arts-Based Practices with Los Angeles Urban Youth. (Doctoral dissertation, University of California, Los Angeles).	Le « Project ABLE » retrace l'histoire d'un projet de prévention du VIH basé sur le théâtre pour la jeunesse qui a fonctionné à Los Angeles, en Californie, dans les années 1990. « STAHR ! » documente une intervention cinématographique auprès des jeunes au début des années 2000. Enfin, la recherche s'appuie sur un autre projet en cours qui intègre le théâtre classique de Shakespeare à un processus de dialogue (théâtre dialogique).	**Conscience critique :** leur propre position, les problèmes sociaux, le pouvoir institutionnel et l'oppression structurelle. **Processus dialogique et réduction des asymétries** : participer en tant que **co-apprenants** égaux - Percevoir qu'ils peuvent avoir un pouvoir dans les relations d'apprentissage **Sentiment d'appartenance** à la communauté : **- Identification à la communauté**, - **valeurs partagées** sur les **priorités fixées** Développement de l'**action communautaire** : - Ils réfléchissent et **décident** des caractéristiques et **des actions de la communauté** - **Projets communs** entre les jeunes et **avec les adultes enseignants** - Interactions de plus en plus **autonomes entre les jeunes**	**Partage de récits** personnels dans le groupe - **Nouveau regard** sur leurs expériences - Développer des **significations partagées et communes** Engager un processus de **réflexion critique par la compréhension de l'art** - Particularités historiques, économiques, politiques et culturelles de l'expérience (**classe** ouvrière, **biculturalisme**, **genre**, **pays d'origine**). - Identification les questions à aborder visant le changement Médias et pouvoir : **éducation critique** aux médias - Développer les **compétences d'analyse** des jeunes sur les stéréotypes et valeurs patriarcales eurocentriques véhiculées des médias **Réflexion critique** sur les inégalités structurelles liées aux appartenances sociales - S'attaquer à **l'intersectionnalité c'est**-à-dire l'interconnexion des identités liés à la race, sexe, genre, classe, nationalité, orientation sexuelle, - Analyser **l'histoire des dynamiques oppressives** (racisme, sexisme, classisme, homophobie, transphobie ou xénophobie) ***Professionnels :*** - Initier un cadre de pensées **centré sur le changement social et l'apprentissage plus que sur déficits ;** Viser la **recherche de justice sociale** plus que la résolution de problèmes individuels - **Compréhension des oppressions** structurelles - Compréhension que **les élèves sont des experts** de leur propre expérience vécue

Douglas, J. A., Grills, C. T., Villanueva, S., & Subica, A. M. (2016). Empowerment praxis: community organizing to redress systemic health disparities. American journal of community psychology, 58(3-4), 488-498.	Deux études de cas communautaires analysées avec le modèle d'organisation communautaire et cadre d'évaluation **« Communities Creating Healthy Environments »** **Le centre Power U pour le changement social (Power U)** organise plusieurs communautés de couleur à faibles revenus de Miami pour combattre l'oppression institutionnelle par le développement du leadership, la promotion de l'autodétermination et le renforcement du pouvoir communautaire. Power U a cherché à améliorer les conditions sociales et environnementales qui contribuent à la mortalité infantile et à l'obésité infantile dans les communautés du comté de Miami-Dade d'Overtown et d'Opa- Locka. **Le CAAAV Organizing Asian Communities (CAAAV)** travaille avec les communautés d'immigrés et de réfugiés asiatiques de New York pour aborder les questions d'importance locale. L'obésité infantile est une préoccupation croissante dans la population chinoise et sino-américaine de New York. Les données existantes indiquent que 24,6 % des Sino-Américains âgés de 6 à 19 ans à New York sont en surpoids ou obèses.	**Centre Power U pour le changement social (Power U)** **Développement de partenariats et de collaborations** - **Création d'alliances** (7 puis 15) portant des valeurs/intérêts similaires : accroit le poids de la **parole/la vision de la communauté** - développer les ressources collectives - **Les partenaires ont sensibilisé** les mères aux options d'accouchement, les environnements sains et sûrs pour les enfants **Actions communautaires qui renforcent l'autonomie et le pouvoir de la communauté** - Processus de **plaidoyer** avec la communauté, les leaders et les alliés - Les résultats de **l'enquête communautaire** sont devenus un **puissant outil de changement en** rédigeant un rapport intitulé « A Call For Birth Justice in Miami » - Les membres de la communauté, les leaders et les alliés ont participé aux réunions de la mairie, présentant les données de l'enquête et les **demandes de la communauté aux décideurs.** **- F**aire avancer leurs **propositions au niveau politique.** **Organizing Asian Communities (CAAAV)** **Diffusion de messages à la communauté large** - Publication de **plusieurs bulletins d'information** et cartes postales pour diffuser les informations en termes de santé publique (obésité infantile) et de plan d'urbanisation (limitant l'accès aux espaces verts et à une alimentation saine en plus des conditions de logements) **Faire entendre la voix collective des plus démunies au niveau des politiques locales** - **Participation** aux **réunions et aux assemblées publiques** pour **exprimer les préoccupations** des locataires à faibles revenus - **Elaboration de recommandations** pour un plan d'urbanisation qui impose des restrictions de hauteur aux nouveaux bâtis et en préservant les droits des locataires existants. - Faire pression **au niveau du plan d'urbanisation** **Influence au niveau politique et local** - Les **leaders communautaires** ont pris la parole lors des réunions de la communauté et des alliés, en **défendant les politiques de CAAAV au département de l'urbanisme**, au conseil municipal et l'office du logement de la ville de New York. - La communauté de CAAAV a **plaidé** et **obtenu le droit de vote des associations de locataires** au sein dans la gouvernance locale. - "C'est vraiment essentiel, car d'après ce que j'ai compris, il s'agit de la première campagne d'urbanisation où la planification de **la ville se tourne vers les conseils communautaires** pour obtenir leur avis sur ces propositions".	**Centre Power U pour le changement social (Power U)** **Problématisation, diagnostic communautaire et conscientisation** - **Discussions communautaires critiques** : liens indirects mais clairs entre l'alimentation au lait maternisé gratuitement distribué dans les hôpitaux via une entreprise et l'obésité infantile - Recadrer le **mythe dominant** selon lequel "le lait maternisé est le meilleur" - **Enquête communautaire** auprès de 300 participants où les mères ont réfléchi à leurs expériences d'accouchement dans les hôpitaux locaux. - **Objectif ciblé :** éliminer la distribution de lait maternisé dans les hôpitaux **Mobilisation & leadership communautaire** -**Elargissement de la base communautaire** de nouvelles et futures mères de 4 à 35 mères - **Identification de leaders communautaires** qui ont **plaidé** pour que les hôpitaux améliorent leurs politiques et leurs pratiques. - **10 leaders** dévoués ont été **formés et habiletés** - Encouragement à la **prise de conscience des droits et à la prise de parole** : « ils m'ont appris que nous avons des droits, notre mot à dire. » - Animent de manière indépendante des réunions de **collecte de fonds** - Appui **d'organisations (**pour sensibiliser /éduquer en matière de nutrition et d'allaitement ; soutien sur le plan juridique et politique) et embauche de **professionnels extérieurs** (expert en discriminations, une sage-femme) **Organizing Asian Communities (CAAAV)** **Objectif ciblé :** - Le CAAAV s'est concentré sur la reconquête d'un quartier chinois de New York en voie d'embourgeoisement rapide (Chinatown) - Défendre **les intérêts des personnes à faible revenu** de Chinatown et non seulement des locataires ou des propriétaires **Mobilisation & leadership communautaire** - **Démarchage des résidents** en porte-à-porte, pour **informer** sur les effets des pratiques d'urbanisation **inéquitables** et **inciter à la participation** - Offrir un **espace pour exprimer collectivement** ces préoccupations. - 200 puis 377 personnes ont été reliés en faisant appel aux **membres de la communauté les plus touchés** - **Identifier et formation de leaders** par le biais de l'éducation politique et des initiatives de **plaidoyer.** - Le CAAAV a fait passer le **nombre de responsables/leaders** de 4 à 47. **Développement de connaissances et de compétences** - Développement des connaissances sur les **liens entre les politiques d'urbanisation et l'obésité infantile** - **Éducation politique** - Nouvelles compétences en matière de **plaidoyer** pour promouvoir l'engagement communautaire

Dunlap, K. M. (1997). Family empowerment: One outcome of cooperative preschool education. Child Welfare: Journal of Policy, Practice, and Program, 76(4), 501–518.	**Le programme intégré dans l'école** est axé sur le langage, les aptitudes sociales, l'apprentissage de la marche et les compétences pour se préparer à l'école élémentaire. Plusieurs programmes/méthodes préscolaires sont utilisés : - Le programme High/Scope développé par le Perry Preschool Project d'Ypsilanti, dans le Michigan : l'enseignant met en œuvre une stratégie de "planification, action et réflexion". Pendant l'heure du cercle du matin, les enfants choisissent et planifient leurs activités. À la fin de la journée, ils passent en revue leurs expériences. Chaque étape peut se dérouler en grand groupe, en petit groupe ou par des interactions individuelles avec un enseignant, un parent ou un bénévole. - Environ deux fois par mois, le programme utilise la méthode Ruth Bowdoin, un programme d'éducation des enfants qui présente des informations sur le développement de l'enfant. - Une fois par mois, les participants organisent une séance de travail pour répondre par un soutien constructif à la colère, au désespoir et à l'ennui souvent exprimés par les membres du groupe.	**Changement dans le rapport à l'école** - Réticence à participer au départ, **puis les parents ont reconnu les bénéfices** immédiats de l'éducation préscolaire - La plupart des parents impliqués dans le programme avaient des **attitudes négatives envers les écoles** publiques et ne voulaient pas remplir leur obligation d'aider les enfants. Au niveau personnel : nouvelles **perspective**s, **espoir** et nouveau **regard sur soi** - Les parents ont d'abord réalisé qu'une **vie différente était possible** : "Cela vous fait penser différemment". - Développement de la **confiance** en ouvrant par un **regard sur soi, sa valeur.** Kim a résumé cette période : "J'ai appris que je suis intelligente dans des domaines où je ne pensais pas l'être. » **Liberté économique et engagement communautaire** - Les parents ont obtenu un **emploi,** établi une famille stable et étaient devenus **actifs dans leur communauté**. - 12 des 15 parents étaient clairement engagés à **sortir du sentiment de dépendance** de l'aide publique, par le biais d'**études,** puis en trouvant un **emploi.** **- Les parents étaient récompensés pour leurs petits efforts, ils gagnaient en confiance, ils se lançaient dans des objectifs plus ambitieux.** **Reconnaissances de leurs compétences relationnelles, capacités : nouvelles responsabilités et rôles auprès de la communauté large** - Ils **ont été choisis** sur de nouveaux rôles, responsabilités et missions dans ces organisations non seulement pour leur **capacité à travailler efficacement** dans des conditions difficiles, mais aussi pour leur capacité à **établir des relations significatives avec les gens** - Acquisition de compétences : maîtrise du langage, alphabétisation, **compétences communicatives** en identifiant ses émotions **Investissement communautaire sur la durée** - **Participation à deux organisations** majeures du quartier : l'église qui abritait l'école maternelle et l'office du logement. - Groupe est toujours à la **recherche de connaissances,** non pour le pouvoir, mais pour le mettre au **service de la communauté.** - **L'organisation des résidents conseille** l'office du logement sur l'état physique de la propriété, organise des présentations, et met en place des **programmes communautaires.**	**Une dynamique d'affiliation et d'intégration dans l'école pour se soutenir mutuellement face aux souffrances dues aux conditions d'existence** - Toutes les personnes s'occupant d'enfants ont dit s'être senties **isolées et aliénées** au départ vivant dans de petits appartements et sans activité - Possibilité de **supporter collectivement** plusieurs évènements survenus : la mort d'un enfant, d'un mari, la tentative de suicide d'un membre du groupe, menaces de **violence,** le manque d'**argent** pour les besoins primaires - Ils ont appris à s'**affirme**r et à se **soutenir mutuellement.** **Compétences** développées dans un **environnement relationnel sûr** - C**ompétences acquises par l'interaction sociale** dans un environnement sûr et stimulant. - Identification de leurs **forces**, **nouveaux liens avec le personnel** de l'école - Les parents ont **partagé des stratégies** pour planifier et préparer des repas nutritifs, savoureux et économiques. - Développement de **compétences parentales** : écoute, parler, s'ouvrir à son enfant, structurer la vie familiale (rituels, heure de couché) **Nouvelles opportunités nouveaux rôles** - Pouvoir être un **membre de l'équipe préscolaire**. - Exercice de nouveaux rôles : **représentante** des parents, diriger l'**association** des résidents. **- Opportunités étendues** à des relations avec **d'autres organismes communautaires** et l'accès à des **ressources**, comme l'accès à des **études**, aux **transports.** **Identification d'objectifs à finalité d'inclusion sociale** - Elles se sont fixées des **objectifs réalistes et à long terme,** et identifiés les compétences dont ils auraient besoin pour atteindre leurs objectifs. - Les objectifs concernaient **l'éducation ou l'emploi.** La plupart des voyaient l'éducation comme une voie vers l'emploi. Neuf souhaitaient devenir infirmières, assistante social, enseignante ou hygiéniste dentaire. ***Professionnels :*** Changement du rapport à l'école par **la place/nouveaux rôles** laissés aux **parents dans l'école** - Le personnel a travaillé dur pour encourager une attitude positive envers l'éducation en **valorisant l'aide des parents** dans l'école **-** Les professionnels ont motivé, **encouragé et incité les parents à profiter des opportunités** qui leur étaient offertes.

Eisen, A. (1994). Survey of neighborhood-based, comprehensive community empowerment initiatives. Health Education Quarterly, 21(2), 235-252.	**Revue de la littérature** : L'échantillon final comprend **17 initiatives communautaires analysées** respectant les trois principes : globalité, quartier comme base, et autonomisation de la communauté.	**Degré de participation communautaire** - Difficulté pour justifier de ne pas tenir compte de la **voix des résidents.** - Importance du **leadership communautaire** pour que les programmes soient pris en charge par la communauté - Permettre aux personnes des quartiers de **siéger dans les organes décisionnels.** - **Communautés cohésives** par les préoccupations communes, des visions partagées, des réseaux de relations et des solidarités - Atteinte d'un **volume critique d'activités communautaires** qui influe sur les **perceptions et les décisions** des résidents, des employeurs, des entrepreneurs et leur confiance en l'avenir. **Stratégie globale compréhensive** - **Reconnaissance des nombreuses problématiques** : chômage, faible niveau d'éducation, logement médiocre, mauvaise santé, accès limité aux réseaux ou au pouvoir. - Nécessite **actions systémiques et multiples**, exemples : campagnes d'alphabétisation, **se faire entendre** aux conseils d'école, inscription sur les listes électorales**, influence** au sein du **conseil municipal**, **pression sur la ville** pour installer des ralentisseurs (face au trafic de drogues) ou pour enlever les voitures abandonnées. - **Encourager les organisations activistes, même militantes,** capables d'effectuer des **changements** institutionnels **pour un grand nombre de personnes** plutôt que pour quelques individus. - Cinq de ces initiatives avaient pour objectif un **changement systémique majeur** par la **réorganisation des politiques et services** pour les personnes à faibles revenus. - Trois autres visent à **redistribuer le pouvoir au sein des institutions** qui **définissent les priorités** en mettant l'accent sur une approche d'organisation communautaire. **Difficulté à définir l'empowerment de la communauté** - Malgré la popularité du principe d'empowerment, **un consensus sur sa définition reste difficile à atteindre**, en particulier à l'échelle de la communauté, bien qu'une définition de l'empowerment qui se concentre sur un processus collectif, de groupe, la mobilisation et la participation de la communauté est de plus en plus répandue.	**Entrée par la colère, l'inacceptable, l'indignation** - Une **menace fortement perçue** pour le bien-être des résidents a catalysé l'organisation initiale des initiatives d'empowerment les plus efficaces. **Diagnostic communautaire : Cibler forces, ressources de soutien et d'action communautaires déjà existants :** - S'appuyer sur les traditions **d'entraide et de coopération déjà là,** les organisation sociales et religieuses, les collectifs de résidents engagés à améliorer leur quartier - **Inclure leurs forces, atouts et leur résilience,** et non seulement leurs problèmes. **Démarche ascendante et retours auprès des habitants** - Réunions de quartier et groupes de discussion afin que les **préoccupations des résidents puissent être intégrées** dans le processus de planification. - Réunions publiques de quartier au cours desquelles **les progrès sont communiqués** et les commentaires/retours des habitants solliciter - **Reconnaître la légitimité des préoccupations** des résidents et réorganiser les **processus de planification en incluant les résidents** **Dialogue horizontal avec les décideurs/financeurs, et plaidoyer** - Collaboration plus productive lorsque les financeurs/décideurs **facilitaient** un processus de **discussion et de dialogue avec** les habitants du quartier pour parvenir à un **consensus.** - Nécessiter de composante de **plaidoyer** pour des **changements au niveau macro.** **Approche globale, réorientation des services sociaux de santé, et partage du pouvoir** - Presque toutes les initiatives envisagent un **développement communautaire au niveau macro (déterminants sociaux)**, impliquant le logement, le développement de l'emploi, la santé, l'éducation, et une variété de services sociaux. - Huit de ces initiatives **sollicitaient des subventions locales** et **stimulaient d'autres réinvestissements** dans leurs quartiers. **Limites** - Plus orienté vers les services sociaux et moins dans la défense des intérêts des habitants et de la justice sociale que les initiatives provenant de **quartiers plus petits et homogènes.** - La plupart des politiques économiques et sociales qui ont un impact sur la santé sont nationales et transnationales. Lorsque le changement exige une action au niveau de l'État ou du pays, **les efforts locaux peuvent être rendus insignifiants.** - S'attaquer à des déterminants de santé plus importants peut créer **des réticences au sein des structures sociales** complexes, manifestant ainsi **l'impuissance acquise ou l'inertie.** - **Influence souvent plus grande** des prestataires de services sociaux, des institutions, des leaders civiques **déjà en place**. Lorsque les résidents sont nommés au sein d'instances représentatives, **tendance à les considéré comme un groupe de pression.**

Flick, L. H., Given Reese, C., Rogers, G., Fletcher, P., & Sonn, J. (1994). Building community for health: Lessons from a seven-year-old neighborhood/university partnership. Health education quarterly, 21(3), 369-380.	**Un programme d'études supérieures pour les infirmières en santé communautaire (CHN)** dans une grande ville du Midwest a formé un partenariat avec un quartier diversifié et intégré dans le double but de renforcer la capacité de la communauté à améliorer sa propre santé et d'enseigner aux infirmières de santé communautaire l'organisation communautaire comme moyen d'améliorer la santé. Les étudiants disposaient des compétences théoriques et pratiques nécessaires pour travailler à l'empowerment des communautés. Dans chaque communauté, l'organisateur communautaire facilitait les réunions, travaillait avec les résidents de la communauté pendant qu'ils apprenaient les compétences nécessaires à l'organisation.	Développement de la **croyance que le groupe** puisse **influencer sur leur vie :** ils ont commencé à penser qu'ils pouvaient avoir une influence positive sur leur vie, avoir le **pouvoir, collectivement**, et **apporter des changements.** Actions et **pression par la communauté** **- Décision de créer un centre de santé** indépendant face au refus des autorités publiques - **ressources rassemblées :** professionnels de santé bénévoles, des équipements donnés, **subventions sollicitées** - La communauté sur la nutrition des enfants et ont **élaboré un guide de ressources** - Faire **pression sur la ville** pour qu'un stop soit installé devant l'école. - **Négociations avec les autorités publiques** qui ont abouti à la fusion du centre de santé avec d'autres établissements **Identité collective** autour d'une **vision commune** - donner la priorité aux besoins des plus défavorisés. - prise de conscience commune et partagée de la situation, - risque que les points de vue alternatifs à ceux dominants soient rejetées, laissant le sentiment au plus pauvres que leur voix reste sous contrôle	**[Lien avec l'école] Passage de la colère aux préoccupations partagées** - **dialogue** sans rester au stade de la **colère,** de l'impuissance, la frustration. - Les parents ont pu se rendre compte **qu'ils n'étaient pas seuls** dans ces ressentiments auprès de l'école - Identification **des thèmes sensibles** à partir des **préoccupations partagées** **- Sélection de trois objectifs** à partir d'une liste constituée par le groupe **Dynamique conflictuelle** dans le processus communautaire **- Différence de visions** entre groupes de parents ou groupes d'habitants aux **niveaux socio-économiques et capital social différents** **- Appui sur la communauté large** pour confirmer les préoccupations communes - Aboutir à une **définition commune** de la situation vs **visions** trop éloignées entre les groupes ***Rôle de facilitateur*** par les référents communautaires universitaires **- la confiance** s'est développée grâce **au dialogue** pendant **deux ans.** **- plan d'action final** généré par l'ensemble du groupe **- préparation de leur témoignage** devant la commission scolaire **- vision commune** des besoins définis par les parents/les plus défavorisés ***Obstacles :*** financeurs s'opposant aux activités et initiatives activistes des plus défavorisés
Gabitova, G., & Burke, N. J. (2014). Improving healthcare empowerment through breast cancer patient navigation: a mixed methods evaluation in a safety-net setting. BMC Health Services Research, 14(1), 1-11.	**Le programme de navigation des patientes atteintes du cancer du sein** de l'Urban Hospitala été lancé à la mi-1997 en réponse aux besoins croissants des femmes atteintes d'un cancer du sein dans une zone urbaine au nord de la Californie. Les navigateurs de santé de la clinique sont des travailleurs non professionnels qui n'ont pas de formation clinique, qui ne possèdent pas de qualifications spécifiques, si ce n'est une certaine expérience préalable dans un milieu hospitalier, de solides compétences en communication et la capacité de travailler dans un environnement complexe et multiculturel avec des personnes vulnérables. Le bilinguisme ou le multilinguisme était essentiel car une forte proportion de patients sont monolingues en espagnol, cantonais, mandarin, vietnamien, vietnamien, russe et plus de 20 autres langues.	Les navigateurs de santé **facilitent** l'appréhension de la **relation** médecin-patient : - aidaient les patientes à **communiquer,** à poser des questions aux soignants - **s'exprimer** dans un langage clair et compréhensible. **Intégration symbolique** sur la **relation à l'organisation** de soins : - sentiment de **stabilité/sécurité** qui permet aux patientes d'adopter une position de **collaboration** dans l'adhésion aux soins - cette relation a créé un **sentiment de liaison** et d'accès à la clinique	**Soutien émotionnel** face au stress et à la détresse liée à la maladie **Soutien informationnel et pratique :** fonction d'interprète, prise de rendez-vous, organisation des procédures médicales, gestion des démarches auprès de l'assurance maladie. **Prise en compte et action** sur d'autres **problématiques sur d'autres domaines** qui influencent l'empowerment en santé - écoutaient les **préoccupations** - Prise en compte des problèmes de santé mentale et de toxicomanie. - Les navigateurs s'occupaient des problèmes de logement et les factures médicales. Mise en lieu avec **des ressources extérieures sur plusieurs déterminants :** **- organisations communautaires** qui offrent un soutien financier, autour du logement et psychosocial.

Gay, F. N. C. (2019). Empowering high-risk males through street outreach (Doctoral dissertation, University of Illinois at Chicago).	**Programme Cure Violence :** **Travailleurs de rue/proximité du programme cure Violence– rôle de mentor :** - Les travailleurs de rue ont pour responsabilité de s'occuper de 10 à 15 personnes dans le but de transformer leur vie, de passer de jeunes de la rue à des contributeurs positifs à leur communauté. - Les travailleurs de rue accomplissent leurs tâches par un contact constant avec la rue et des rencontres individuelles.	Rétablit leur humanité et **l'espoir de changement par le lien aux mentors :** - **rompre** avec la perception de **possibilités futures limitées** ainsi que **l'isolement social** **- établir des liens** avec des personnes qui possèdent des compétences sociales - **croire** que ce capital social (**opportunités et lien aux mentors**) les aidera **Libération** par **l'identification la projection et la déstigmatisation :** - La libération de la stigmatisation **d'être un criminel** est une première étape importante sur la voie de la guérison. - s'imaginer en train de faire une **transformation similaire** à celle du travailleur de proximité **Actions** vers le changement et **de nouveaux rôles :** - **Participer** à la prévention de la violence "stop au tir" : offrir des opportunités à d'autres résidents (pairs) à haut risque - Trouver un emploi par de **petites tâches réalisables** : obtenir une carte d'identité, remplir une demande d'emploi, apprendre à s'habiller pour un entretien d'embauche, se faire couper les cheveux, etc.)	**Reconnaissance et valorisation** par les mentors des : - **tramas et souffrances psychosociales** par identification implicite (pairs) ou explicite (mise en récit) - qualités de **leadership** et leurs **compétences déjà-là** qui pouvaient être transférées à d'autres contextes de vie. - **Valorisation** de caractéristiques humaines : être travailleur, passionné, juste, sympathique et de transmettre à la communauté **Identification** mentors/jeunes victimes ou auteurs de violences - les mentors partageaient un " parcours douloureux **similaire "** à celui des hommes à haut risque de violence - Ils utilisaient leurs histoires de vie pour **partager leurs expériences vécues similaires et comment ils se sont libérés** de leur rôle d'oppresseur ***Barrières psychologiques et structurelles*** - Des groupes opprimés tentent de se libérer en opprimant les autres par la violence après avoir été victime de violence. - Destruction massive des logements publics dans ces quartiers de Chicago, fermeture des écoles publiques : sentiment d'abandon et de disqualification - Impact des traumatismes résultant de la douleur émotionnelle et du deuil contribue à l'endémicité de la violence.
Gulati, S., Paterson, M., Medves, J., & Luce-Kapler, R. (2011). Adolescent group empowerment: group-centred occupations to empower adolescents with disabilities in the urban slums of North India. Occupational Therapy International, 18(2), 67-84.	**Programmes communautaires de réadaptation (RBC)** : stratégie de développement communautaire pour la réadaptation, l'égalité des chances et l'intégration sociale de toutes les personnes handicapées. La RBC est mise en œuvre grâce aux efforts combinés des personnes handicapées elles-mêmes, de leurs familles et de leurs communautés, ainsi que services sanitaires, éducatifs, professionnels et sociaux appropriés. Les (RBC) peuvent offrir des opportunités de donner aux adolescents les moyens d'assumer un plus grand contrôle sur leur réadaptation. Le programme de RBC a été lancé en 2001 par une association caritative locale qui offre des services aux enfants handicapés, y compris des informations/ressources et des activités éducatives et professionnelles (ASTHA, 2008 ; ASTHA et Action Aid India, 2005).	Des **relations entre pairs sécurisantes,** développement de **liens** - Ils se sentent **réconfortés** en "**partageant** leurs opinions" - Développement d'**amitiés** **Renforcement de leur valeur** par les réalisations du groupe et **l'exercice de nouveaux rôles** (l'action) - **Implication : travaillent ensemble** sur des **réalisations en groupe** - Renforcement de l'estime de soi et de la **confiance** par l'expérience **de nouveaux rôles** (ex. : théâtre) **Reconnaissance par la communauté large** de leurs capacités **collectives** & **changement social** - Participation à des pièces de théâtre, danses et chants comme moyen libérateur pour **faire connaître leur situation** - **Acceptation par les pairs** et appréciation par la communauté large - Demande de reconnaissance de leurs réalisations et **implication à l'effort collectif plutôt que leurs performances individuelles**. - **Les parents comprennent** que leurs enfants handicapés peuvent aller à l'école, pour leur permettre d'atteindre leur potentiel. ***Barrières contextuelles* : pressions normatives et disqualification sociale** - Pressions **socio-normatives genrées oppressantes** : les jeunes femmes consacrent beaucoup de temps aux tâches ménagères et aux devoirs ; les jeunes hommes handicapés ont déclaré se sentir isolés et inactifs (éloignement de la norme sociale des études et de l'emploi) - S**tigmates**, rejet des adolescents handicapées par leurs pairs **- Disqualification par la famille et la communauté large de leurs capacités** : « il ne pourra pas le faire ».	**Expression des frustrations, du manque de liberté** - Expression des frustrations générés par le contrôle des familles : « Les gens n'éduquent pas les enfants handicapés. Ils les gardent à la maison. » - Réduction de liberté d'agir : « Nous voulons améliorer la communauté, mais personne ne nous le permet. » Centré sur les **aspirations :** désir de davantage d**'opportunités** et d'**existence sociale** - Préoccupations et objectifs de groupe **définies par les adolescents** - Avoir plus d'opportunités pour s'engager dans des activités avec leurs pairs - Pouvoir exprimer leurs opinions. **- Se sentir apprécié** par la communauté large - **Pouvoir aller à l'école** et participer à des activités associatives **Multiples fonctions du groupe** **-** Espace pour **affronter leur solitude, créer des relations et des amitiés** **- partager des idées, leurs expériences** et de voir leurs **similitudes.** **-** moyen perçu pour **se libérer du contrôle des familles.** **-** permet d'**atténuer la tension** **- entraide mutuelle et co-apprentissage** **- développement/améliorer les compétences** et les capacités ***[Facilitateur]* Besoin d'un soutien externe et continu** - Pour **sortir des représentations incapacitantes** **-** Trouver **l'inspiration** pour aller de l'avant. - Mettre en évidence **les points forts**, leurs **capacités** et leur **contribution**. - Faciliter et encourager la participation du groupe : créer un **espace d'interactions** et faciliter diverses **opportunités de groupe**

Gurman, T. A., Ballard, A., Kerr, S., Walsh, J., & Petrocy, A. (2016). Waking up the mind: Qualitative study findings about the process through which programs combining income generation and health education can empower indigenous Guatemalan women. Health Care for Women International, 37(3), 325-342.	Friendship Bridge propose des prêts aux femmes pour la création de petites entreprises. Lors des réunions mensuelles de remboursement des prêts, les agents de crédit facilitent une éducation non formelle sur des sujets tels que la gestion d'entreprise, le langage financier, les droits des femmes, la santé et l'estime de soi (Friendship Bridge, 2013a). Aj Quen est une association de tissage guatémaltèque créée en 1989 par des artisans autochtones afin de préserver l'identité indigène par le biais de l'artisanat. La majorité des personnes sont des femmes, travaillant en petits groupes d'une vingtaine de femmes. Elles reçoivent une formation sur le développement des petites entreprises, sur la santé, l'éducation financière et le développement de produits artisanaux (Aj Quen, 2010).	Avec le soutien du groupe, **sortir de l'isolement et de l'oppression** liée à leur position et l'absence de revenus - Pouvoir être et discuter **entre femmes en dehors du groupe.** **Conscience critique et nouvelles perspectives** - **Nouveau regard et conscience** sur « l'égalité des hommes et des femmes. Nous avons les mêmes droits et les mêmes capacités et ce n'est plus comme avant où la femme ne peut rien faire. » **- Prise de conscience de nouvelles expériences possibles** et de défis à relever Leurs **droits et leur position en tant que femmes** : émancipation/libération de la condition de femmes cantonnée à la sphère familiale - Explorer d'autres lieux en dehors du foyer - Gagner leur propre revenu - Apprendre leurs droits en tant que femmes. - Droit à la parole, à participer à la vie de leur communauté, à exprimer leur pensée **Sentiment d'appartenance et confiance dans le groupe** - Les membres du groupe comme faisant partie d'une **famille élargie.** - **Espace de soutien indépendant** face aux difficultés quotidiennes (familiales, violences conjugales, restriction de liberté) - Perte de la peur de participer **- Confiance dans le groupe** **Estime de soi, confiance, nouvelles capacités et compétences** - **Sentiment de valeur de soi** grâce à la mobilité et l'indépendance que confère le groupe et ses actions **- plus grande confiance acquise** par de nouvelles connaissances, compétence - Capacité à aider les autres femmes à relever les défis auxquels elles sont confrontées **Revenus** générés qui confèrent **valeur, reconnaissance et indépendance aux femmes** - Indépendance financière vis-à-vis des maris **- Nouvelles opportunités : nourriture, santé, éducation de leurs enfants, et faire de petits investissements.** - Confiance en soi et fierté acquise en gérant leur propre argent pour la première fois - Elles sont **reconnues** par les hommes de leur communauté.	Un **environnement sûr** pour discuter ouvertement - **partage expériences**, idées, et **résolution de problèmes** Les petits groupes ont favorisé des **liens informels de soutien** social **Petits groupes : partage d'expériences, de conseils, de points de vue** **- Partage de conseils** notamment sur les questions de santé - Partage **d'expériences, de conseils, de points de vue** sur les droits d'une femme à ne pas être maltraitée par son conjoint - partager ouvertement des problèmes personnels ou de santé **Conscientisation** : nouvelle prise de conscience et de nouvelles façons de penser - **Prise de distance avec la croyance intériorisée** que la place de la femme est d'être au foyer et de s'occuper de la famille et de son mari. **Développement de compétences relationnelles et communicatives** - Parler en public, et interagir avec des nouvelles personnes - Interagir avec les institutions **Apprentissage** sur la gestion d'entreprise, l'alphabétisation financière, les droits des femmes, la santé et l'estime de soi Développement de **leadership :** rôle de soutien auprès des femmes **Nouvelles opportunités** - Quitter leur domicile pour **assister à des réunions** - Capacité à utiliser les transports publics et à **se déplacer** dans les espaces publics - **Accès aux prêts** bancaires par le groupe

Jasis, P. (2019). Latino immigrant parents and schools: Learning from their journeys of empowerment. Journal of Latinos and Education.	Etablir et renforcer les collaborations enfants-enseignants-écoles en vue d'une meilleure expérience scolaire pour les enfants.	**Espoir collectif et défense de ses droits** - Passer d'une lutte personnelle à une **quête commune de droits éducatifs** - Ils ont **exigé ensemble** une **action rapide** et des prestations équitables de la part des administrateurs locaux. **Développement de liens entre parents et de partenariat avec l'école** - Renforcement des **liens** de solidarité **entre les parents** concernés - La participation et l'organisation communautaire ont amené **l'attention de la direction et des enseignants de l'école** **- E**ux-mêmes ont pu développer de **meilleures interactions** avec les familles de leurs élèves - **Partenariat solide** avec l'**école** **Noyau dur de parents** - **Groupe de parents le plus actif** a créé un comité directeur composé d'une dizaine de parents : organisation de réunion, engagement de rapporter les informations et les décisions importantes aux parents non présents. **Développement organisationnel de l'école avec inclusion des parents et plan d'action** - Inclusion des parents dans des activités de classe et de l'école - **Fixer** des tâches réalisables, visibles et pragmatiques dans le cadre du **plan d'action** - Des **enseignants engagés** qui prennent l'initiative de défendre les intérêts des enfants.	**Mobilisation des parents par la colère** - Entrée dans le processus par la **colère** suite à des **injustices perçues** - **Information** et **conscience de droits** et prestations **inéquitablement** appliqués dans la scolarisation de leurs enfants **Processus de transformation de demandes individuelles en une lutte communautaire** - **Partage d'histoires** - **S'informer collectivement sur les droits** en matière d'éducation - **Se faire entendre** au sein de l'organisation scolaire - R**emettre en cause les aspects structurels** qui marginalisent les familles à faibles revenus dans de nombreuses écoles et districts scolaires. Interactions **d'égal à égal et dialogue** avec les enseignants - **Interactions** habilitantes avec les familles parce qu'elles sont **respectueuses, d'égal à égal** et mutuellement **bénéfiques.** - Création de liens de solidarité et d'un **dialogue entre enseignants et parents** **Leadership / se faire entendre** - Développement d'un **leadership engagé** parmi les parents - Fournit un **espace symbolique pour l'expression** des parents - **Promeut la participation** souvent inexistante du fait de leur parcours migratoire ***Professionnels scolaires* : nouveaux regards, rapports avec les familles et actions de l'institution scolaire** - Le **personnel scolaire prend conscience et connaissance des réalités** socio-économiques et culturelles des élèves et de leur famille. ***Obstacles :* absence de réponse des institutions** et culture d'une **réticence à collaborer** avec des familles issues de diversités ethniques
Kalyanpur, M., & Rao, S. S. (1991). Empowering low-income black families of handicapped children. American Journal of Orthopsychiatry, 61(4), 523-532.	**Caractéristiques de la relation traditionnelle de l'aide sociale :** 1. *Posture asymétrique* : les professionnels se considèrent comme les experts. Les femmes n'apprécient pas ces interactions et se sentaient rabaissées par elles. 2. *Absence de confiance dans la relation* : Les enfants sont renvoyés à leur déficience et leurs incapacités plutôt que sur leurs forces. Non considération et reconnaissance des différents styles parentaux (normalisation). 3. *Préoccupations ignorées* : Les femmes ont eu l'impression qu'aucun effort n'a été fait pour comprendre et identifier leurs préoccupations. 4. *Evaluation et jugement, sans prise en compte des subjectivités* : les mères ont le sentiment que leurs compétences en tant que parents sont constamment évaluées, que leur parentalité est jugée, sans compréhension ni reconnaissance de leur système de valeur ni de leur point de vue.	**Relation** étroite avec les parents : - Avoir de l'empathie pour les expériences des familles Ecoute attentive. - Créer une relation de **soutien, notamment émotionnel.** - Rapport **d'égal à égal** : définir sa relation avec les mères comme un **processus interactif basé sur un dialogue** dans lequel les **expériences** et les ressources étaient **partagées.** **Agir** sur les priorités en mobilisant des **ressources extérieures** - Capacité à répondre à leurs **préoccupations prioritaires** - Fournir des **services spécifiques.** - Organiser des **ateliers collectifs** sur des thèmes spécifiques - Informations sur les **ressources disponibles** et les **pistes d'action** possibles. - **Accompagner** les mères aux réunions ou vers les dispositifs	La **reconnaissance** de leur situation et **déterminants** : - Reconnaitre et prendre en compte les **préoccupations prioritaires** : conditions de logement, contrôles de l'aide sociale - Reconnaître les **obstacles extérieurs à la participation** : organiser la garde d'enfants, les moyens de transports. **Identification** **Partager des** histoires et stratégies tirées de sa propre expérience de mère, et rassurer les autres mères qu'elles sur le fait **qu'elles ne sont pas seules à vivre ces expériences.** **Développement de connaissances** - Informer les mères de **leurs droits** - Expliquer différents documents éducatifs - Utiliser un **langage simple** **Conscientisation** Inciter les mères à **identifier** et exprimer **les situations de discriminations** : leur manque d'information et d'accès sur les services ; les interactions avec les professionnels.

Kmita, G., Baranska, M., & Niemiec, T. (2002). Psychosocial intervention in the process of empowering families with children living with HIV/AIDS--a descriptive study. AIDS care, 14(2), 279-284.	**Intervention psychosociale systémique** en contexte médical (unité ambulatoire de conseil aux familles ou hôpital pour enfants) ou non médical (camp thérapeutique de vacances pour les enfants et les parents organisé par l'ONG pour les enfants "Petit Prince" financée par des sponsors). - E**ntretiens thérapeutiques avec les parents/grands-parents/ parents d'accuei**l pour permettre d'e**xprimer et de travailler sur leurs expériences traumatiques**, et leurs souffrances psychosociales. - S**éances thérapeutiques individuelles** non directives avec les **enfants** (thérapie par le jeu, thérapie par l'art, etc.). - **Réunions de groupe pour les enfants** : différentes techniques sont utilisées, comme par exemple des dessins sur un sujet choisi (uniquement dans un contexte non médical). - R**éunions de soutien pour les parents** (uniquement dans un contexte non médical). - S**essions familiales** : il s'agissait de sessions thérapeutiques **selon les principes de l'approche systémique et bien adaptées à la famille**, par exemple le **génogramme,** et des techniques similaires basées sur la cartographie du réseau social de la famille (**écogramme**, Boyd-Franklin et al., 1995).	**Expression des émotions bloquantes** jusqu'à lors et latentes dans la famille : - Peur et **culpabilité** dans la communication à l'enfant - Crainte et **peur d'être stigmatisés** et rejetés - **Préoccupation principale** sur comment et quand le dire à l'enfant. **Collaborations extérieures** entre les prestataires de services et l'ONG	Techniques ludiques avec les enfants pour qu'ils **expriment en sécurité leur expériences émotionnelles** douloureuses - Pouvoir révéler ou **exprimer en toute sécurité des émotions** telles que l'anxiété, la colère ou un sentiment de perte. **Partage d'expérience, de soutiens** et de solutions entre parents - Ecouter les **histoires** des adultes - Les parents **partageaient leurs expériences,** et les problèmes **importants** **- Se sentir soutenu et respecté mutuellement** **Activités de groupe** qui renforce le soutien - Groupe de soutien pour les parents, séances de groupe pour les enfants ainsi que toute activité de groupe (chanter, faire une promenade, etc.). ***Obstacles* :** éloignement géographique des familles pour participer
Knight, D. W., & Cottrell, S. P. (2016). Evaluating tourism-linked empowerment in Cuzco, Peru. Annals of Tourism Research, 56, 32-47.	**Tourisme rural communautaire (CRT).** Depuis 2006, plusieurs efforts ont été étayés par un intérêt national pour le CRT et ses formes connexes (**par exemple, l'agrotourisme, l'écotourisme, le tourisme chez l'habitant, le tourisme autochtone, le tourisme culturel**) afin de **générer des retombées économiques, environnementales, sociales et culturelles pour les autochtones** qui tendent à être caractérisés par des niveaux de pauvreté plus élevés que les centres urbains (Casas-Jurado et al., 2012 ; Mincetur, 2006). Intrepid Travel, un tour-opérateur international basé à Melbourne, a été choisi pour cette étude en raison de l'**approche communautaire de ses activités touristique**s avec 4 communautés rurales aux alentours de Cuzco incluses dans l'étude. Pour le voyage de Cuzco à Machu Picchu, Intrepid avait des **accords de travail avec quatre communautés rurales :** Chichubamba, Amaru, Sacaca et Qorqor, toutes situées à environ une heure de Cuzco en voiture et dont la taille varie entre **50 et 220 familles.**	**Empowerment personnel** - Développer une **vision de l'avenir** - Les femmes sont devenues plus **confiantes** et ont appris à **s'exprimer** **Dynamique collective renforcée** - Actions en fonction des b**esoins identifiés et reconnus par les membres** eux-mêmes - **Action collective** pour soutenir les personnes marginalisées (femmes, malades, les personnes âgées) et répondre aux besoins de la **communauté large** **Nouvelles perspectives des familles locales grâce à de nouveaux revenus/ressources** - Nouvelles **ressources économiques** découlant du tourisme - Les **revenus** peuvent être utilisées pour **acheter des produits** de première nécessité (sucre, riz) ou pour **l'éducation des enfants** **Partage des ressources et bénéfices** - Une des associations **a fourni des emplois** à d'autres membres de la communauté tout en aidant "à nourrir et à éduquer nos enfants, à améliorer nos maisons, etc. » - L'association de Qorqor mettait les **revenus** issus du **tourisme en commun et les répartissait équitablement** entre les membres à la fin de l'année **Conscience critique et égalité chez les femmes** - Plus de respect et **d'égalité dans la relation conjugale** : « nous avons notre propre revenu » - **Développement de la réflexion pour penser à nos droits** et à nos responsabilités.	**Développer l'expression et les opportunités** **- Se mobiliser, s'exprimer avec les pairs** - **Pouvoir décider** de ce que vous entreprenez - **Interagir avec** les associations/agences extérieures **Nouvelles opportunités de travailler et d'interagir entre femmes** - Sortie de l'isolement et **développement de liens** : les femmes se sentent mieux parce qu'elles **travaillent avec les autres.** - (nouveau rôle vs isolement) Plus **d'implication dans la communauté**, elles travaillent avec l'association. **Manque de cohésion, domination et conflits au détriment des moins favorisés** - **Manque de cohésion** associative ou communautaire dans certaines associations locale : **les intérêts externes ou ceux de l'élite locales** impliquées dans le tourisme possédant déjà des revenus **prévalent** - Une partie de la communauté est placée dans une **acceptation passive** - **Conflits** du fait de nouvelles associations touristiques qui ont **limité la participation**, et **dominer les décisions** en faveur des élites locales - **Maintien** volontaire **des inégalités** et du **manque de pouvoir.** **Conflit épistémique** - **Conflit dans la vision** de la croissance et du développement touristique rural communautaire **- Conflit dans la stratégie :** encourager la solidarité associative et communautaire VS encouragé les membres de l'association à développer des entreprises individualisées depuis 2005 pour gagner de l'argent. ***Relations asymétriques : domination renforcée*** - **Processus décisionnel** sur les visites touristiques **dirigé** par un membre du personnel, les membres associatifs **dépendaient alors de cette personne** - Les guides Intrepid observés **exerçaient une sorte de pouvoir en contrôlant** les interactions entre les visiteurs et les associations. ***Barrière institutionnelle :*** demande institutionnelle de créer des associations touristiques officielles auprès de l'État péruvien, décourageant celles qui ne l'avaient pas fait

Lejano, R. P., Rahman, M. S., & Kabir, L. (2020). Risk communication for empowerment: Interventions in a Rohingya refugee settlement. Risk Analysis, 40(11), 2360-2372.	Forums participatifs, plusieurs **groupes préventifs de sensibilisation par les pairs.**	Meilleur **sentiment d'agir et espoir d'agir** avant/après l'intervention Effets d'autant plus importants chez **les femmes, groupe plus marginalisé** **Prévention par les pairs** : a**pprentissage de nouveaux rôles,** volontaires pairs formés pour diriger chaque groupe ***Obstacles :*** gains potentiels limités face des obstacles structurels comme l'impossibilité de pouvoir chercher un emploi en dehors du camp de réfugiés	**Partager leurs expériences par les espaces d'interactions formels ou informels** Par des **réunions régulières**, mais aussi de **manière informelle** par le biais de communications interpersonnelles **Approche relationnelle** entre pairs pour adapter les messages de prévention - Partage des enseignements, sous forme de **récit**, de manière formelle et informelle ***Professionnels :*** - Capacité des modérateurs à engager les participants à partager, à réfléchir, et à tenir compte des connaissances déjà là - Les personnes sont considérées comme porteuses de connaissances et non comme simples destinataires
Lindsjö, C., Sjögren Forss, K., Kumlien, C., & Rämgård, M. (2021). Health promotion focusing on migrant women through a community based participatory research approach. BMC Women's Health, 21(1), 1-12.	L'un des principaux objectifs des programmes de **CBPR** (Community-based participatory research) est de réduire les inégalités en matière de santé par le biais de l'empowerment de la communauté, par une approche inspirée du **paradigme de la recherche-action participative** où un processus cyclique est appliqué, allant du problème à la réflexion et à l'action. Les résidents du territoire ont été invités à participer au processus de recherche sur la promotion de la santé animé par des promoteurs de santé. Le point de départ est la perception qu'ont les femmes migrantes de leurs besoins en matière de promotion de la santé. **Les promoteurs de santé en tant qu'animateurs de la démarche** : - Les promoteurs de santé ont été recrutés pour le programme afin d'encourager la participation d'un groupe de 21 femmes migrantes. - Les promoteurs de santé pouvaient traduire la langue mais aussi la culture auprès des chercheurs et des participants. - Les promoteurs de santé ont maintenu le contact entre les participants et les chercheurs, ont contacté et recruté de nouveaux participants, et les informaient des activités. **Méthode du récit-dialogue :** - Méthode du récit-dialogue développée par (Labonté, Feather et Hills 1999) est une technique pour explorer et reconnaître les histoires et les expériences d'une personne en promotion de la santé. - L'utilisation des histoires des participants peut les aider à s'exprimer, à partager son histoire et à construire une réflexion puis un discours construit face aux structures sociales dominantes. - Elle offre la possibilité de passer de la problématisation à l'action, par la réflexion, et avec les participants.	**Réflexion critique** et **projection d'actions** : enseigner l'égalité des sexes à leurs enfants, trouver du temps pour elles-mêmes, créer un d'un groupe de soutien **Intention d'actions, désir de changement** : - Continuer à travailler sur la base du volontariat, - « j'aimerais continuer à travailler en tant que professeur d'arabe. » Action de **plaidoyer** - Écrire **quelque chose ensemble pour protester** contre les soins de santé	**Expression des émotions** et de **situations similaires** **- Sentiment de désespoir au départ.** **- Mécontentement** ne pas avoir reçu d'aide appropriée, les professionnels de santé ne se souciaient pas vraiment d'elles en tant que patientes **- Identification d'expériences similaires** vécues, en parler les rendait **tristes** **- Souffrance générée (dépression)** à la **situation instable** de la migration **- Partage d'expériences** sur la douleur physique liée au maintien au domicile familial (activité limitée aux tâches domestiques) **Réflexion critique** sur la relation au médecin : **comprendre le système qui est responsable des difficultés**, et non les médecins - le gouvernement doit investir davantage pour l'accès aux spécialistes et investir davantage dans les centres de santé **Conscientisation des rapports asymétriques et des déterminants sociaux** - Sur les **rôles des hommes et des femmes**, le **logement** et l'accessibilité du **système de santé, statut administratif** migratoire incertain - **Les préoccupations des femmes migrantes** peuvent ne pas être entendues dans le système de santé **Inspiration et soutien** par les paris - **S'inspirer les** unes des autres sur les **changements réussis** pour leur santé. - Se **soutenir mutuellement** et **apprendre à se défendre** par le dialogue

Monteith, H., Anderson, B., & Williams, P. L. (2020). Capacity building and personal empowerment: participatory food costing in Nova Scotia, Canada. Health Promotion International, 35(2), 321-330.	Conformément à d'autres exemples de **recherche-action participative** (Minkler, 2000), l'accent est mis sur la cocréation des connaissances et le changement social (Williams et al., 2012 ; Williams, 2014). Cette étude faisait partie d'un programme de recherche plus large et continu, dans lequel la recherche-action participative et la mobilisation des connaissances sont entreprises pour comprendre la sécurité alimentaire des individus, des ménages et des communautés, et renforcer les capacités pour le changement de politique en Nouvelle-Écosse et au-delà.	**Compétences participatives et pour la sécurité alimentaire** Compétences personnelles liées à **l'achat d'aliments** Compétences **participatives** à la **prise de parole** en public Développement **de leadership** **Un sens de la communauté s'est développé** - « Vous réalisez que vous n'êtes pas seul et qu'il y a des gens qui travaillent vraiment pour essayer de régler ce problème ». - Les participants ont eu un **impact significatif sur les autres** par leurs expériences partagées et leurs encouragements. - La c**ollaboration** a permis de définir, analyser et **agir** sur les questions liées à l'alimentation. **Influence sur la communauté large** - **Partage des connaissances** issues de la recherche-action participative avec les familles de la **communauté large.** - Les compétences développées, souvent qualifiées d'outils, pouvaient être utilisés pour **influencer positivement les autres.** **Capacité collective à créer du changement social** - **Désir** de créer des c**hangements** positifs, - Les efforts collectifs ont contribué à des **changements de politique** - **Augmentation** de l'allocation alimentaire avec l'aide sociale.	**Sortir de la honte de l'assistance et de l'auto-culpabilisation/mésestime** - « Nous étions dans le système d'aide au revenu ; j'en avais **honte** il y a quelques années et maintenant je n'en ai plus honte » - « j'avais l'habitude de penser que c'était moi, que c'était mon mauvais budget, que **je n'étais pas un bon parent** » **Partage d'expérience** et développement **de ressources** - **Partage des problèmes et des expériences** auxquels les participants sont confrontés - **Ressources développées** dans la **recherche de solutions** à l'insécurité alimentaire **Conscientisation au niveau social et politique** - Les mères ont réalisé qu**'elles n'étaient pas la cause** de leur propre insécurité alimentaire. - Elles ont compris que l'IA est le résultat d'un ensemble complexe de facteurs politiques, sociaux et économiques **Interactions avec les décideurs pour étendre la conscience critique** - Partage de la démarche participative lors d'un **forum public et avec les décideurs** - Elles ont **plaide**r en faveur de la sécurité alimentaire à partir des ressources développées ***Professionnels & décideurs :*** - **Reconnaissance** par les partenaires de l'expérience des femmes vivant d'IA - Importance pour les décideurs de **comprendre les questions de sécurité alimentaire de manière critique** et de s'attaquer aux causes profondes de l'insécurité alimentaire.
Nwokoro, C. V., & Ogba, F. (2019, January). Widows: Moving from vulnerability to empowerment in Southeast Nigeria. In Women's Studies International Forum (Vol. 72, pp. 56-64). Pergamon.	Les services fournis par les organisations d'aide pour atténuer les difficultés qu'elles rencontraient dans les zones rurales. Ces organisations d'aide visaient à aider les veuves à : - faire face aux vulnérabilités liées à la pauvreté, - les aider à créer des entreprises, - accéder à un financement pour lancer leurs entreprises individuelles ou collectives.	Groupe communautaire « Nsusu » : - Plus d'**autonomie de choix** pour réaliser leurs projets d'entreprise - Amélioration de leurs **compétence**s entrepreneuriales - Développement de leur **agence personnelle** et leur **estime de soi** - **Pouvoir collectif** : **obtention de nombreux prêts** auprès des banques de microfinance, ce que les participants ne pouvaient pas faire personnellement. Groupes communautaires et religieux déjà existants - Sentiment d'**appartenance** aux groupes - L**iens sociaux** au sein des groupes - **Réponse mutuelle et collective** aux besoins des membres Organisation d'aide - **Directives** strictes **imposées** par les organisations d'aide. - Les organisations d'aide ne pouvaient **pas leur apporter le soutien** émotionnel, personnel et domestique dont elles avaient besoin - **Réduction de leur autonomie** à tous les niveaux de décision au sein des groupes coopératifs (**choix des priorités décidés par l'organisation)** - **Sentiment d'être marginalisées et exclues** de l'accès aux fonds nécessaires à la création d'entreprise.	**Création d'un groupe communautaire informel « Nsusu » distinct des organisations d'aide initiales** - **Liens** de solidarité, de **responsabilité mutuelle** - **Engagement** fort **et confiance** attendus entre les membres - **Soutien** par la communauté - **Valeurs partagées**, les **aspirations** et les **désirs** de changement, comme moteurs des veuves de transformer leur vie. - **Choix transformateurs** pour relever les défis de leur vie **Soutien des groupes communautaires et religieux déjà existants** - **Identification** : « elles comprennent ce que nous faisons » - **Entraide** et **soutien fiable et immédiat** en cas de besoin. - **Engagement** des membres du groupe. ***Barrières psychosociales, sociales et structurelles*** - **Difficultés attribuées à leur faible estime de soi et capacités d'expression** dans leur communauté large. - **Discrimination** à l'égard du veuvage**: soutien limité** de la famille/amis, isolement - Accès à l'éducation : **analphabétisme** et **dépendance** à l'agriculture et au petit commerce comme principaux moyens économiques.

Röger, U., Rütten, A., Frahsa, A., Abu-Omar, K., & Morgan, A. (2011). Differences in individual empowerment outcomes of socially disadvantaged women: effects of mode of participation and structural changes in a physical activity promotion program. International Journal of Public Health, 56(5), 465-473.	Cette étude a fait partie d'un projet de recherche développé par l'Institut des sciences du sport pendant trois ans, de 2005 à 2007 pour promouvoir l'activité physique chez les femmes socialement défavorisées. Une approche participative a été utilisée pour maximiser l'implication des femmes dans l'élimination de certains obstacles à l'activité physique. **Une approche de planification coopérative a été adoptée pour garantir l'implication effective de toutes les parties prenantes** dans le développement des activités du projet (pour plus d'informations voir Rutten et al., 2008).	**Empowerment personnel et émancipation** - Toutes les femmes ont amélioré leur **confiance** et **auto-efficacité.** - Capacité à accéder à l'activité physique et de s'y **engager** - Capacité **parler à des représentant politiques** (conseillers municipaux, maire) au sujet de leurs problèmes importants. - Une femme musulmane a déclaré avoir dorénavant **confiance en elle** pour se rendre à la mairie **sans son mari,** « Je n'y allais presque jamais moi-même, mais maintenant je le fais et je n'ai pas peur. » **Développement de liens sociaux** - Elles ont établi de nouveaux contacts et développer leur **réseau social** avec d'autres femmes participant aux programmes d'activité physique **Empowerment organisationnel** - **Nouveaux créneaux horaires** sur les activités physiques et sportives - **Collaboration** et **participation à la prise de** décision avec les parties prenantes : membres du personnel du conseil municipal, personnel du bureau local des sports, directeur du club sportif. - **Accès aux ressources publiques** : différents gymnases et à la piscine publique d'Erlangen sur des créneaux spécifiques **Empowerment communautaire étendu** - **Participation à d'autres instances participatives** et représentatives : "Conseil consultatif pour l'intégration des étrangers" - Interview sur une chaîne de télévision **nationale** allemande (visibilité large).	**Espace neutre protecteur** - **Pouvoir parler** de leurs problèmes dans des groupes non issus de leur milieu d'origine. **Composante interpersonnelle/socio-politique : sortir des pressions socio-normatives de genre** - Les femmes ont acquis **une meilleure compréhension** des problématiques liées à des **normes de leur milieu d'origine**, en particulier sur les rapports de **genre** **Interconnaissances entre partenaires et implication de décideurs** - Nombre élevé de **partenaires** que la démarche impliquait, les personnes ont **appris à se connaître** - développement de **réseaux de relations** avec des **décideurs importants**, des éducateurs physique et d'autres femmes. - Implication d'un **conseiller municipal** comme **facteur clé** pour faciliter le changement **Démarche ascendante** - Les autres parties prenantes « nous ont demandé ce que nous voulions ». ***Professionnels : compétences communautaires*** - **les animateurs** se sentent plus sûrs d'eux dans **les situations de groupe** - **Compétences collaboratives** avec les autres organisations **[*facilitateur*] Développement d'une conscience critique chez les professionnels avec toute les parties prenantes : « élément clé »** - **Reconnaissance des problématiques** et contraintes des femmes : horaires d'ouverture des piscines, barrière de la langue - **Appréciation des contraintes de toutes les parties prenantes** : le conseil municipal des sports, le centre éducatif des adultes

Romero, L., Wallerstein, N., Lucero, J., & Fredine, H. G. (2006). Woman to woman: Coming together for positive change-using empowerment and popular education to prevent HIV in women. AIDS Education and Prevention, 18(5), 390.	**Programme Woman to Woman : Coming Together for Positive Change** Petits groupes de 10 à 20 participantes. Méthode en trois étapes consistant à "écouter" les autres pour identifier leurs propres problèmes, d'engager un "dialogue" pour analyser de façon critique les racines culturelles et socio-économiques des problèmes, et développer des stratégies d'action pour changer leur vie. 1. Accueil/Introduction/Objectifs/Revue du programme 2. Partage en groupe des attentes/préoccupations 3. Enseignement sur les MST (basé sur les connaissances) 4. Éducation sur le VIH et l'hépatite (basée sur les connaissances) 5. Autoréflexion : (Que signifie le VIH/SIDA pour les femmes ? Dans quelle mesure le VIH/SIDA met-il leur vie en danger ?) 6. Obstacles à la prévention (Quels sont les facteurs culturels, économiques, interpersonnels, de pouvoir et sociaux qui empêchent les femmes de se protéger ?) 7. Renforcement des compétences (jeux de rôle sur les barrières, la communication sexuelle, la résolution de problèmes). 8-9. Exploration des questions identifiées (poursuite du dialogue sur les obstacles). 10. Résolution des problèmes identifiés (élaboration d'un plan de comportement individuel). 11. Renforcement des compétences (jeux de rôle sur la négociation sexuelle, le refus, la résolution de problèmes) 12. Développement de stratégies de changement (dialogue sur les stratégies) 13. Identification de la communauté des ressources/manques 14. Autoréflexion sur le VIH/SIDA en tant qu'individu et membre de la communauté 15. Développement des compétences : gestion du stress, relations de pouvoir entre les sexes, affirmation de soi sur le plan sexuel 16. Processus de planification (élaboration d'un plan communautaire spécifique) 17. Évaluation/Résumé/Clôture (Apprentissages et prochaines étapes).	Les femmes ont acquis un **sentiment de pouvoir**, de **compétences** et **d'autonomie,** de **confiance** et de **soutien.** **Intention d'action sur les stratégies pour elles-mêmes** : acquérir de nouvelles compétences pour obtenir de meilleurs emplois, une meilleure éducation, une **indépendance économique** **Sentiment d'efficacité collective :** - Compétences dans les activités coordonnées du groupe - Reconnaissance des autres femmes en tant que ressources - Perception du soutien du groupe - Plans d'action collectif **Création collective de projets pour changer les normes sociétales** et **sensibiliser** davantage la **communauté large** aux problèmes des femmes : - tableaux d'affichage d'informations sur le VIH sur le site (prison pour femmes, centre pour jeunes sans-abri, centre communautaire rural local), - kits de rapports sexuels protégés auprès de lycéens et dans les bars, - réalisation de campagnes de prévention du VIH dans le comté.	**Conscientisation des rapports de domination de genre** par le **dialogue participatif** : **- consentement** dans les rapports sexuels non protégés : « Je suis plus consciente de de mon environnement maintenant et des situations dans lesquelles je me suis mise qui étaient potentiellement dangereuses » - leur **dépendance économique** aux hommes - rôles sociaux de genre qui font **obstacle à la prévention du VIH.** **La réflexion critique et la conscientisation n'implique pas immédiatement la mise en action** - **Difficulté** pour les femmes **à s'engager dans le changement**, même si, grâce au dialogue participatif, elles sont de plus en **plus conscientes des problèmes culturels, économiques et de genre** qui font obstacle à la prévention du VIH. - Les femmes étaient **plus aptes à parler des obstacles** que de traduire leur nouvelle prise de conscience en stratégies qu'elles pouvaient adopter pour elles-mêmes.
Sätre, A. M. (2014). Paid and unpaid social work in Russia: Is women's social work opening up opportunities for empowerment processes?. International Social Work, 57(5), 523-534.	Réorienter les activités des ONG et de l'aide sociale, en soulignant l'importance d'**être un citoyen actif** dans la sphère sociale, en mettant en évidence l'aspect de l'**agence**, par le biais de mesures de soutien qui offrent aux personnes en situation de pauvreté la **possibilité de s'engager activement dans le changement de leur propre situation**. Les **initiatives descendantes et ascendantes sont incluses**, puisque, dans le contexte russe, tant les ONG enregistrées (par exemple, les conseils de femmes) que les acteurs non gouvernementaux, collaborent à un objectif commun.	Groupes d'**entraide informels** - nouveaux **réseaux de soutien social** mutuel - garde d'enfants, **aide matérielle** en échangeant par exemple des vêtements et des jouets - **attitude tournée vers le collectif** pour répondre à un besoin commun **Initiatives ascendantes qui visent le changement social** - **lobbying pour un changement de politique** : garde d'enfants, aide aux familles victimes de violences domestiques, renforcement de la législation dans ce domaine. - **actions de lobbying** vers le haut de la hiérarchie **sur des changements sociaux** ainsi que des tentatives **d'influencer les règles législatives** de la part de dirigeants d'ONG, travailleurs sociaux, ainsi que des personnes ordinaires, plutôt que de simplement faire face. **Collaborations entre organismes** d'aides formels et informels - relais des ONG lorsque le personnel du bureau d'aide sociale manque de ressources (ex. : **bénévolat de parents**) - Soutien de l'aide social des efforts des ONG par la **mise à disposition** d'un bureau ou d'une aide pour l'électricité et le téléphone par exemple	Groupes d'**entraide entre les personnes défavorisées** - soutien informatif et conseils par des **espaces de rencontres** - partagent la **même expérience de vie** et des **intérêts communs** **Logiques catégorielles de l'aide sociale vs désir des agents sociaux d'influencer les situations des personnes pauvres** - Catégorisation les personnes pour définir ce à quoi elles ont droit, plutôt que d'**aider à changer leur situation.** - **Conformité** au cadre légal et aux directives des niveaux supérieurs. - intérêt pour l'écoute directe des **points de vue des pauvres**, et un intérêt pour la **coopération** - **action, ressources, capacités des travailleurs sociaux limitées,** ou ils le font sur leur temps libre. - les ressources sont mobilisées pour répondre à une **situation individuelle d'urgence** particulière **Coopération entre les ONG et les services d'aide sociale : soutien ponctuel informel, échange de ressources** - la coopération entre les ONG et les services sociaux semble se fonder sur des contacts personnels, des **relations de confiance** - **pas de structures formelles** de collaboration - **manque de temps** pour s'engager dans les activités de collaboration

Sisselman-Borgia, A. (2021). An adapted life skills empowerment program for homeless youth : Preliminary findings. Child & Youth Services, 42(1), 43–79.	**Eléments clés :** - Cibler les problèmes les plus significatifs auxquels sont confrontés les jeunes sans-abri, - Possibilités d'apprentissages, Life skills sessions, - Environnement sûr et plusieurs niveaux de soutien, - S'appuyant sur les forces existantes de la communauté. **Modalités de l'intervention :** - **Life skills sessions sur différents déterminants de santé :** gestion des émotions difficiles, alimentation saine, accès à la formation, compréhension des traumatismes, gestion budgétaire, rédaction de CV. - **Mentorat** : inviter les mentors à venir une fois par semaine (5 à 7 fois en tout). - Repas communautaires : établissement de relations de confiance entre les jeunes et avec le personnel bénévole . - Développer des compétences et fixer des objectifs. - Développer et partager une histoire personnelle/construire un récit par des moyens créatifs. - **Sessions de groupe coanimées par des pairs.**	Sentiments d'habiletés **(plus compétents**) et de **confiance** (envers eux-mêmes et les autres) Sentiment d'**espoir** pour eux-mêmes et leurs pairs. **Nouvelles perspectives** Mieux informés sur les **ressources** Perception de davantage de **possibilités.** **Identification et sentiment d'appartenance** - Ils se sentaient liés par leur expérience commune. - Sentiments de confiance envers la communauté qui a une influence positive. **Conscience critique et justice sociale** - **Pensée critique** sur les questions sociales, les problèmes de santé, et les problèmes structurels liés au logement. - **Apprentissage** à **défendre leurs droits** **- Plaidoyer** pour la justice sociale et le changement sur des déterminants qu'ils ne peuvent contrôler.	Découverte de **similitudes inattendues.** **Soutien** par les pairs et par des mentors adultes Développement des **subjectivités,** de l'identité sociale par la **mise en récit** : Explorer différentes parties d'eux-mêmes et développer des récits personnels créatifs (par ex, poème, chanson, collage ou autre représentation artistique) **autour de leurs identités**, au-delà de leur identité en tant que personnes sans domicile fixe. **Relations et dialogue** professionnels-usagers sur les **déterminants** L'intersectionnalité a alimenté le dialogue entre le personnel du programme et les participants autour du développement de leurs histoires. ***Professionnels** :* soutien du mentor dans l'atteinte de leurs objectifs (formation, emploi) et à en créer de nouveaux.
Sjöberg, S., Rambaree, K., & Jojo, B. (2015). Collective empowerment : A comparative study of community work in Mumbai and Stockholm. International Journal of Social Welfare, 24(4), 364–375.	Le travail communautaire à Mumbai est réalisé dans un contexte d'extrême pauvreté, et la plupart des activités se déroulent dans le secteur social informel, alors qu'à Stockholm, la plupart du travail social se fait dans le cadre d'un modèle structuré d'aide sociale publique. Dans le travail communautaire, les travailleurs sociaux travaillent avec d'autres acteurs, auprès des groupes marginalisés, et les communautés en tant que collectifs. Cependant, avec les forces néolibérales de la mondialisation, une tendance internationale à l'individualisation du travail social peut également être observée dans de nombreux pays, dont la Suède comparativement à l'Inde. A Stockholm, les interventions visent à renforcer les réseaux, mais il ne semble pas y avoir d'objectif direct d'empowerment collectif visant le changement social. A Mumbai, un aspect essentiel du travail communautaire est d'organiser les gens pour un empowerment collectif pour renforcer le pouvoir des groupes marginalisés et pour réaliser des changements sociaux.	**Stratégie d'empowerment communautaire non investie en Suède** - A Tensta (Suède), les informateurs ont également parlé de de l'importance de la connaissance de la société par les gens, mais sans objectif spécifique que cela puisse ou doive conduire à une **mobilisation collective et** à un changement social des structures de pouvoir de la société. **L'accent était mis sur l'individu plutôt que sur l'empowerment collectif.** - A Tensta, approche davantage axée sur l'empowerment de l'individu, l'utilisation de l'apprentissage de nouveaux rôles montre une des manières dont les individus peuvent gagner en empowerment, **sans contribuer à l'empowerment de la communauté.** - **Manque de travail critique basé sur le groupe** en Suède : " La plupart des fonctionnaires, mes collègues, si vous avez un problème social, vous voit en tant qu'individu, pas en tant que groupe". **Libération centrée sur le collectif en Inde** - Inde : leur faire sentir qu'il est important qu'il est important pour eux de **travailler en groupe et d'agir.** - Renforcer la volonté des gens de se **battre pour une cause sociale** - Les personnes **unissent leurs forces** dans l'action pour surmonter les obstacles et parvenir à un **changement social** **Collaboration intersectorielle en Suède** - A Tensta, le **travail en réseau** semblait être un but en soi, pour réunir les gens, interagir, rassembler les professionnels, mais aussi d'intégrer et de **créer un dialogue avec les politiciens locaux.** **- Statu quo sur manque d'appartenance sociétale et d'identité collective en Suède** - Sentiment de ne pas faire partie de la société établie, **pas de sentiment d'identité collective.** - Pas d'identification lié à des appartenances lié au travail, à des syndicats ou comités : **« Ils ont perdu l'envie de faire quelque chose ensemble** ».	**Diagnostic communautaire : contexte des trajectoires migratoires** **- Oppression : stigmatisation** et impossibilité d'emploi à long terme des immigrants à Tensta (Suède), mesures injustes prises par d'autres communautés et les autorités dans les bidonvilles à Mumbai **- Souffrances psychosociales liées aux trajectoires migratoires :** de nombreux immigrés en Suède ont fui la guerre et des conflits, tandis qu'en Inde ils viennent de diverses régions rurales et des pays voisins à la recherche d'un emploi et de meilleures opportunités. **Reconnaissance des nombreux déterminants en Suède et des besoins primaires en Inde** - Nombreux besoins des nouveaux immigrants, principalement en éducation, en santé, en sécurité et en respect des droits de l'homme. - Besoins primaires plus accentués en Inde : la santé, l'assainissement et l'accès à une éducation de base - Communautés présentant des inégalités dans l'accès aux ressources, conditions de vie in de chômage élevés, travail non qualifié et reconçu, et multiples problèmes sociaux. **Dialogue et recherche de solution en Inde** - Identification des problèmes et recherche collective de solutions - Dialogue ouvert sur les problèmes identifiés par les personnes elles-mêmes **L'apprentissage de nouveaux rôles en Suède** - Programmes d'éducation et de formation par les organisations. **Conscientisation et source d'inspiration par des figures symboliques en Inde** - En Inde, les travailleurs sociaux utilisent les grands leaders/philosophes indiens, tels que Bouddha, le Dr Ambedkar et Gandhi, pour **inspirer les personnes vers l'empowerment collectif pour la mobilisation sociale.** **Stratégie de mise en réseau en Suède** - Mise en réseau perçue comme **l'un des principes essentiels pour tenter d'atteindre leurs objectifs** et les solutions aux problèmes. - Importance **d'identifier les personnes clés** ayant des traits de **leadership professionnel** comme un premier pas vers le processus d'établissement d'une **collaboration** entre les différentes parties, ainsi que d'une meilleure connaissance des différentes questions et problèmes. - **Collaboration** croissante avec d'autres **acteurs,** comme d'autres **organisations** et l'État.

Uys, L. R., Majumdar, B., & Gwele, N. S. (2004). The KwaZulu-Natal Health Promotion Model. Journal of Nursing Scholarship, 36(3), 192-196.	Le modèle KwaZulu-Natal a été développé pour intégrer la promotion de la santé et la prévention dans le travail des infirmières de structures de soins primaires sur une **base théorique solide et une un socle de pratiques réalisables.** Le modèle vise la pratique des infirmières travaillant dans un cadre de soins de santé primaire et leur participation à la promotion de la santé. Etapes : 1. **Analyse de la situation** en collectant des informations formelles et informelles suffisantes de sources locales, provinciales et nationales pour une **compréhension approfondie des besoins en développement du groupe cible.** Cette analyse comprend l'évaluation des forces, des besoins et des facteurs d'influence. 2. Création à partir de ces éléments d'un **programme de développement de compétences d'enseignement interactif en petits groupes.** 3. La durabilité est renforcée par des actions incluant la **mise en relation du groupe cible avec des ressources externes** pendant l'enseignement.	-Les femmes ont changé les **relations de pouvoir** dans de multiples contextes relationnels : au sein de leur propre famille, avec les enseignants, en aidant leurs voisins - **Entraide et cohésion** chez les femmes qui a fait de ces groupes une force de changement. - Développement par les groupes de **projets générateurs de revenus :** jardins communautaires, la fabrication de bougies, l'élevage de poulets, la couture et la gestion d'une agence téléphonique. ***Professionnels (infirmières)* : Capacité et légitimité** perçues des infirmières à aider les femmes et leur entourage sur de nombreux **déterminants sociaux** de leur santé *(relations de genre, développement de l'enfant, système judiciaire, développement économique.)*	- **Création d'un lien entre les infirmières et les femmes** sur la durée et basé sur un respect mutuel et la prise de conscience/**reconnaissance de leurs capacités** - P**récieux contacts avec** des **agents facilitateurs** qui se sont maintenus dans le temps. - Liens avec des **ressources externes de différents secteurs** : banques, conseillers agricoles, tourisme, aide sociale, commerce, justice, emploi. ***Professionnels (infirmières)* : meilleure** compréhension de la situation des femmes prise en charge
Ware, N. C. (1999). Evolving Consumer Households: An experiment in community living for people with disorders. Psychiatric Rehabilitation Journal, 23(1), 3.	Le modèle innovant de logement, le Evolving Consumer Household (ECH), mise sur la stabilité résidentielle, la satisfaction des personnes souffrant de troubles psychiques, l'utilisation des services de santé mentale. **Le programme cherchait à maximiser l'intégration communautaire et à minimiser la dépendance aux services.** Grâce à un processus d'empowerment, les groupes de résidents étaient censés **parvenir progressivement à prendre la responsabilité de la gestion du foyer et ne plus avoir besoin de personnel sur place.** Modalités de l'intervention : Transformer au fil du temps un foyer de groupe traditionnel en une résidence où toutes décisions et responsabilités liées à la gestion sont prises par le groupe dans le sens d'un plus grand contrôle des résidents, jusqu'à fonctionner de manière autonome : - autonomie individuelle : ce sont les capacités des résidents qui changent, et non la résidence, - les résidents contrôlent les décisions, - principe d'auto-gestion pour une vie autonome, - présence initiale de membres du personnel 24 heures sur 24 pour assurer soutien et une supervision jusqu'à que ces besoins de soutien ne soient plus nécessaire.	Lutte contre la pauvreté par la **mise en commun des ressources** - Création d'un **fonds commun** dans la résidence financée par les contributions mensuelles des résidents - Ils ont pu générer **plus d'argent et de possibilités** qu'en **restant seul**. - Louer les places de parking aux habitants voisins de la résidence, - Ils **décidaient ensemble** de ce qu'ils d'acheter avec le fond commun **Auto-gestion lente et progressive des résidents** - A**ppréhension des résidents** du plan de suppression progressive du soutien du personnel - Nouvelle approche proposée par le coordonnateur : les résidents décident quelles semaines ils pouvaient être seuls ou **se débrouiller avec moins de personnel.** - **Au bout de 18 mois,** une réduction significative du personnel a été réalisée, avec un **transfert de processus décisionnel des locataires.** **Formation et implication du personnel** - **Formation du personnel indispensable** pour mettre en œuvre ces nouvelles pratiques avec les résidents - **Travail intensif avec les résidents nécessaire** : le personnel doit consacrer **beaucoup de temps avec les résidents** pour construire avec succès un programme de cette ampleur. - Le coordinateur a consacré une **énergie considérable** à **apprendre aux résidents à gérer les conflits.**	**Construire un processus de groupe : confiance, stabilité, temps** - Le véritable défi était de **construire un processus de groupe** - La création de la **cohésion** était **semée d'embûches et d'échecs.** - **Temps** pour construire **la confiance et les liens** entre les locataires - **Exprimer** leurs doléances au sein du groupe. - Apprendre à aborder les **conflits** dans un **cadre sécure** - Le taux de rotation élevé des résidents et du personnel a empêché le développement de la solidarité de groupe. **Définition du processus d'empowerment** par les résidents et avec les professionnels - **Autogouvernance du groupe** et capacité à **résoudre les conflits** - Être capables de d'organiser et d'**auto-administrer** leurs médicaments - Subvenir à leurs besoins de manière indépendante et **vivre sans personnel** - Soutien pour **faciliter la transition** vers l'autonomie individuelle et communautaire ***Professionnels* : Difficulté à définir et à conceptualiser** un modèle préalable du processus d'empowerment - **Aucun "modèle" préexistant d'autonomie était partagé par les professionnels** au début du projet, il a été défini pendant le projet - **Difficulté à rendre opérationnel** le concept d'empowerment - Un processus d'empowerment a été finalement construit, mais cela a pris **un temps considérable** qui a été temps soustrait à la mise en œuvre ***Barrières institutionnelles, mécanismes descendants*** - **Restrictions imposées** par les réglementations et priorités bureaucratiques **- Financeurs** qui anticipe les réactions négatives du département de la santé mentale de l'État au lieu d'encourager les initiatives communautaires (revenus autonomes en louant des places de parking) - **Ambivalence** entre l'encouragement de l'automédication, et le besoin de preuve d'observance pour les remboursements fédéraux.

Yoo, S., Weed, N. E., Lempa, M. L., Mbondo, M., Shada, R. E., & Goodman, R. M. (2004). Collaborative community empowerment: An illustration of a six-step process. Health Promotion Practice, 5(3), 256-265.	**Communauté mobilisée** - En 2004, un partenariat de santé communautaire a été établi dans le comté d'Allegheny afin de coordonner la fourniture de services aux résidents de 12 immeubles pour personnes âgées. Ces immeubles subventionnés par le gouvernement fournissent des logements avec services de soutien pour les personnes âgées à faibles revenus et pour les personnes handicapées. - Dans ce cadre, un groupe de résidents de la communauté appelé Blue Ribbon Health Panels (BRHP) a pris part à un programme de promotion de la santé des personnes âgées sur deux ans pour fournir des services infirmiers, sociaux, récréatifs et faciliter l'empowerment de la communauté. Les BRHP sont des groupes de représentants des résidents de la communauté qui ont été créés dans chacun des 12 immeubles. Les animateurs communautaires de l'université ont rencontré les BRHP tous les mois pour discuter et aider à développer des solutions aux problèmes identifiés en suivant le **modèle en 6 étapes de développement communautaire** par un processus d'empowerment : 1. Entrer dans la communauté : obtenir l'adhésion de la communauté et instaurer un climat de confiance entre tous les partenaires. 2. Identifier les questions d'intérêt et les préoccupations de la communauté en suscitant des conversations dans un processus de groupe participatif. 3. Hiérarchiser les problèmes identifiés : classer ces sujets par ordre de priorité en fonction de l'importance pour la santé de la communauté. 4. Formuler une stratégie pour aborder un problème prioritaire ciblé : pour traiter les problèmes prioritaires. 5. Elaborer et mettre en œuvre un plan d'action pour résoudre le problème prioritaire : agir ensuite avec ces plans d'action dans le cadre d'un processus de groupe participatif. 6. Faire la transition vers un nouveau problème et un nouveau leadership : l'appropriation et la durabilité par la communauté sont rendues possible en facilitant le transfert aux leaders existants ou émergents de la communauté. **Groupes d'experts en santé** Les groupes représentatifs de la communauté ont été déployés comme structures pour faciliter ce processus d'empowerment (Baillie et al., 2004 ; Laverack, 2003 ; Li et al., 2000). Les BRHP comprenaient entre 4 et 10 résidents qui participaient volontairement avec un intérêt commun pour l'amélioration de la santé de leur communauté.	**Déterminants prioritaires** identifiés dont de la p**articipation** - Les **priorités** étaient l'environnement physique, le climat social, les services et ressources aux résidents. - Faible niveau de participation initiale des résidents aux activités **Multiples actions** entreprises centrées sur la **mise en relation** : - **Mise en réseau** avec une banque alimentaire locale - Contacter des **représentants de la ville** et identifier la **réglementation** et les **ressources nécessaires** - Organiser **des réunions avec l'agence public du logement** pour discuter de la détérioration des bâtiments L'a**pplication** des différentes étapes du **modèle** Étape 1 : **Entrée dans la communauté par immersion**, les animateurs de l'université ont assisté à des activités et discussions des résidents sur place, à des réunions du conseil des de locataires Étapes 2-3 : **Identification et priorisation** - B**rainstorming en groupe** pour identifier les **priorités** - Votes comptabilisés pour les hiérarchiser Etape 4 : **exploration et discussions** sur les questions prioritaires pour **aboutir à une stratégie définie** - **élargissement les discussions** sur les questions prioritaires identifiées et comment elles affectent leur santé et leur bien-être - utilisation d'outil de catégorisation pour **aborder les interdépendances entre les déterminants** de la santé au niveau de l'individu, de la famille, de la communauté, institutions, politiques. Etape 5 : **mise en œuvre du plan d'action** par des membres BRHP volontaires pour effectuer les tâches identifiées. Etape 6 : étape interrompue par des **facteurs situationnels et externes imprévus** et l'influence de l'une des **agences partenaires** du projet.	**Réunion-discussions sur les problématiques qui affectent la santé** - proposer des sujets à discuter lors des réunions en groupe - les réunions ont été perçues comme des forums pour résoudre les problèmes de santé de la communauté. **Communication par de multiples interactions entre les parties prenantes** - **communication continue** entre les parties concernées. **- les animateurs** universitaires ont été reconnus comme des **partenaires** - **grand nombre** de groupes de **résidents** de la communauté et d'**agences partenaires.** - réunions mensuelles avec les **prestataires de services** et les **financeurs du projet,** **- réunions bihebdomadaires des animateurs** universitaires sur l'avancement du projet **Importance de premiers résultats visibles pour la dynamique communautaire** - Dans la plupart des groupes, les **problèmes prioritaires étaient tangibles** et concernaient les commodités nécessaires à la **vie quotidienne.** - Leur **résolution rapide** étaient ainsi visibles et **reconnues par les habitants** - Satisfactions de ces réalisations qui ont été **motivés à poursuivre leurs efforts.** ***Multiples barrières au processus communautaire*** - **Conflits et statu quo** avec les conseils de locataires existants qui ont exercé leur pouvoir pour bloquer la dynamique des groupes communautaires - **Différence de vision** avec les agences partenaires qui ont détourné les BRHP de l'orientation participative et a imposé **de se concentrer uniquement sur les résultats directs en matière de santé** pouvant être mesurés quantitativement (par exemple, des mesures physiques de la taille, poids, pression artérielle, glycémie, etc.) et l'utilisation des services au lieu de poursuivre les 6 étapes et les efforts identifiés par le BRHP. **La dynamique du projet a été stoppé.** - **Coupes budgétaires accrues** au nveau des immeubles qui ont conduit à des diminutions du personnel d'entretien et de gestion. - Les **demandes** des BRHP (amélioration de l'habitat et du cadre de vie) restaient encore **irréalisables** en raison des **contraintes budgétaires de l'agence.**

Annexe 3 – Guide d'entretien semi-directif pour l'évaluation de la dynamique communautaire et partenariale du programme « La santé à Saint-Mauront Belle-de-Mai on s'y met tous »

- **Présentation** : *« je fais partie de l'équipe d'évaluation du Laboratoire de santé Publique et de la cellule d'évaluation médicale qui en charge d'évaluer les actions du projet « La santé à Saint-Mauront Belle-de-Mai on s'y met tous ».* A cet effet, nous envisageons d'appréhender/comprendre la dynamique partenariale sur l'ensemble des 3 ans du projet.

- Dans ce **cadre,** il nous semble pertinent et fort intéressant de pouvoir nous entretenir avec l'ensemble des acteurs du projet pour comprendre ce qu'ils pensent du programme. Sur l'ensemble des professionnels du quartier, vous faites parties des acteurs ayant participé de manière régulière aux différents types de réunions proposées durant les 3 ans du projet. C'est pourquoi, nous vous invitons à participer à un entretien pour exprimer votre avis.

- L'**objectif** de cet entretien est de comprendre votre vécu durant les 3 années de ce projet vis-à-vis des objectifs du programme et des moyens mis en œuvre pour les atteindre.

- Garantie de l'anonymat et confidentialité : rien de ce que vous pouvez me dire ici ne sera répété, votre nom n'apparaitra pas dans l'analyse et la restitution de l'évaluation.

- Enfin, il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses, ce qui compte c'est ce que vous pensez.

- mon rôle : je suis là pour écouter et comprendre.
- son rôle : « le but est que tu me dis / vous me dites tout ce que tu as / vous avez envie de dire, même si tu as / vous avez l'impression que c'est hors sujet ».
- ma prise de note ne sert que durant l'entretien : « je prends juste quelques notes pour bien suivre et comprendre tout ce que tu me dis / vous me dites ».
- qu'il est prévu que l'entretien soit enregistré, ça fait partie de l'étude mais que cela reste strictement confidentiel.
- - Enregistrement : je voudrais enregistrer l'entretien, est ce que vous seriez d'accord ? Cela m'évite de prendre trop de notes pendant que vous parlez et ainsi je vais pouvoir être à l'écoute de ce que vous me dites.
- enfin, il est demandé à l'interviewé s'il n'a pas d'autres précisions sur le déroulement de l'entretien afin de *« se trouver face à une personne à l'aise et sans appréhension »* (Berthier, 1998).

- **Pour commencer, pouvez-vous me parler de vos taches/activités/missions au sein du projet ?**

Relances :

Comment situez-vous ces activités par rapport à votre place d'habitant/ en tant que représentant de (nommer la structure) ? *(activer la position sociale)*

Comment vous définissez votre rôle au sein du projet ?

Thématique : Positionnement (professionnel) vis-à-vis du projet

- **Qu'est-ce que vous auriez envie de dire sur le projet depuis sa création ?**

Relances :

Qu'est ce qui a fait que vous vous êtes impliqués dans le projet ? (engagement à partir de la démarche ascendante/descendante)

Jusqu'à quel point pensez-vous que le fait d'agir de manière collective puisse influencer la santé des habitants des quartiers ?
(sentiment d'efficacité collective, plus-value par rapport à des actions isolées)

Jusqu'à quel point vous sentez-vous soutenu au sein de votre organisation (habitant= Conseil du citoyen) pour vous impliquer dans le projet ?
(sentiment de cohésion dans la structure d'appartenance)

Thématique : démarche communautaire

- **Il y a différentes façons d'agir pour améliorer la santé des personnes, selon vous, que pensez-vous de la démarche communautaire ?**
- **Qu'est-ce que cela signifie pour vous, de définir les besoins et les problèmes collectivement avec les habitants, les professionnels du quartier et les institutions ?** ***(exemple dans les assemblées plénières)***
- **Qu'est-ce que cela signifie pour vous de travailler collectivement à la mise en œuvre d'activités qui permettent d'améliorer la santé des familles sur le quartier ?** ***(exemple groupe de travail)*** ***(différencier et activer les 2 étapes)***

Relances :

Qu'est-ce que vous pensez du conseil de citoyen *?* (sa création, ses objectifs et ses propositions)
(empowerment individuel et communautaire : acquisition de compétence, organisationnel : valorisation place des habitants)

Qu'est-ce que vous pensez sur le fait que le réseau de santé communautaire et le conseil du citoyen puissent influencer **les décisions** sur ce projet ? **(exemple : la cantine, le cadre de vie, le logement) ?** *(Sentiment d'interdépendance, conscience critique, reconnaissance)*

Pensez-vous pouvoir changer les choses en participant à ce programme ? *(conscience critique, vision de changement CLAIR)*

Thématique : Climat et structure organisationnels

- **Comment avez-vous vécu les différentes réunions auxquelles vous avez participé ? (préciser par rapport à quelles instances)**

Relances :

Comment vous percevez les liens que vous avez avec les autres acteurs du programme ? *(cohésion, coordination, relation de confiance, qualité de la communication, rencontre production informelle)*

Pensez-vous maintenir un travail en collaboration avec des acteurs que vous avez rencontré ? (réseau d'échange, sentiment d'interdépendance, sentiment efficacité collective, légitimité des acteurs)

Quels sont, pour vous, qu'est ce qui est important pour que ce projet fonctionne? (planification commune, ressources disponibles, perception des couts/bénéfices, engagement, leadership)

Quels sont, pour vous, les conditions nécessaires à la poursuite du projet ? (Engagement, ressources disponibles, empowerment organisationnel)

Thématique : facteurs individuels (engagement, croyance en l'efficacité personnelle, insatisfaction/satisfaction vis-à-vis de la situation actuelle)

- **Qu'est-ce que vous a apportez cette expérience ? *(professionnel :*** *connaissances/compétence/activités/actions/structures* ***et personnel)***

Relances :

Que pensez-vous avoir apporté au sein du projet par rapport **à votre action (ou vos activités) prévue dès le départ du projet** *(croyance en l'efficacité personnelle)*

Que pensez-vous avoir apporté au sein du projet par rapport **à la démarche communautaire (« aux besoins qui ont été définis avec les habitants et acteurs et les actions envisagées pour y répondre »)**

(satisfaction, empowerment individuel, organisationnel)

Pensez-vous que le programme a répondu à vos attentes et à vos objectifs ? *(perception des coûts/bénéfices)*

Dispositif d'évaluation du projet expérimental « la santé à Saint-Mauront Belle-de-Mai on s'y met tous »

Evaluation collective des membres de l'équipe projet
1er Focus groupe le 22-04-2010

Cadre des échanges de l'après-midi : L'objectif général est de prendre du recul par rapport à notre vécu en tant que participant du programme. Notre but pour l'évaluation n'est pas de porter un jugement sur ce qui est bien ou pas bien mais de recueillir ce que vous percevez dans l'expérimentation de ce programme pour comprendre la dynamique du programme tel qu'elle est vécue par les personnes qui y sont engagées.
Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses et nos discussions seront enregistrées mais anonymisées. Nous déciderons, de plus, en fin de réunion et ensemble, les éléments que nous retournerons aux pilotes lors de la prochaine équipe projet.
La richesse de ces échanges dépend de votre participation et de notre capacité à tous à échanger des avis divergents et à reprendre les opinions des uns et des autres.

1er objectif de la réunion : Prendre ensemble du recul sur la globalité du projet (perspective communautaire et actions sur différents déterminants de santé)

1. Ses objectifs initiaux :

- Réduire les inégalités sociales de santé en développant sur deux quartiers de la ville de Marseille un ensemble coordonné d'actions de promotion de la santé agissant simultanément sur plusieurs déterminants de santé, en direction des enfants et des familles démunies.
- Améliorer la qualité de vie des enfants et de leur famille en situation de précarité.

Ses enjeux :

- La thématique de la santé de l'enfant est-elle suffisamment fédératrice pour dépasser les clivages actuels et faciliter ainsi la coordination des actions prévues ?

- Les conditions d'accès aux soins des enfants et de leurs familles se sont-elles rapprochées de celle de la population générale ?
- L'association de plusieurs actions définies à priori et la démarche communautaire et participative est-elle pertinente-transférable ?
- La dimension intersectorielle est-elle facilitée avec la définition d'action à priori ?
- Comment la démarche communautaire et intersectorielle contribue-t-elle à réduire les inégalités sociales de santé ?

➔ *réactions-questions des membres : trop généraux, trop ambitieux, fédérateurs, impliquant, sentiment définis collectivement, par les pilotes (légitimité et intérêt à ce que ce le soit)*

2. Son évaluation globale

Evaluation des Processus (freins, facteurs facilitateurs, facteurs contextuels et pratiques mises en œuvre).
Méthode : Participation régulière aux réunions de l'équipe projet, du réseau de santé communautaire, analyse des comptes-rendus des réunions et des entrevues régulières avec les différents porteurs d'actions, recueil de fiches de suivi du déroulement des actions, focus group.
But : Identifier les variables contextuelles et les mécanismes en jeu dans le programme pour produire des connaissances et des référentiels de bonnes pratiques pour la transférabilité éventuelle du programme.

Eclaircir les pratiques et le comment ; relativiser objectifs et attentes, approche adaptée en milieu complexe où au niveau de l'évaluation nous contrôlons trop peu de variables, il ne s'agit pas de dire aujourd'hui en premier lieu si le projet marche ou marche pas mais pourquoi il fonctionne ou pas et quelles améliorations nous pouvons proposer pour sa continuité

Evaluation de l'Efficacité globale du programme (indicateurs finaux sur les bénéficiaires au travers du recours à l'offre de soins et de prévention des habitants, indicateurs intermédiaires sur les effets de la démarche intersectorielle et communautaire auprès des institutionnels, professionnels et habitants).
Méthode : Focus group et entretiens semi directifs en fonction de la position sociale des différents acteurs impliqués sur le programme (institutionnels, professionnels, habitants, politiques)
But : Offrir une vision réaliste des résultats qui seront obtenus, en différenciant les effets à court terme (dynamique intersectorielle et communautaire effective, construction de démarches de changement social, lien de confiance d'habitants aux institutions, sentiment d'efficacité des professionnels à répondre aux besoins et à la demande sociale).

➔ *réactions-questions des membres : autres indicateurs, sentiment qu'on pourra réellement donner des préconisations vis à vis de la complexité du programme, type de publics à aller interroger*

2ème objectif de l'après-midi : Evaluer collectivement le déroulement et la stratégie du projet. Recueillir votre vécu de la démarche, votre analyse, vos propositions.

Cette première réunion pose un cadre volontairement exploratoire pour recueillir un maximum d'informations.
La prochaine réunion de ce type aura davantage pour fonction d'analyser les effets du projet, de faire valider nos analyses de cette après-midi, de nos différentes observations depuis le début, de nos analyses des différents compte rendus ; afin de valider le caractère transférable des conclusions.

Dire comment cette grille a été construite.

Analyse stratégique *(mesure de l'appropriation de programme)*

Positionnement vis à vis de la stratégie associant démarche communautaire et intersectorielle avec l' action sur différents déterminants de santé :

Le projet doit donc être lu cet après-midi dans l'interaction des actions entre elles, dans sa dimension intersectorielle, et dans sa dimension communautaire.

- *Effet de la concomitance d'actions sur différents déterminants de santé sur la participation des habitants et des acteurs :*

« Quel est votre perception de la démarche associant la définition d'actions à priori et la démarche communautaire où les besoins et les actions sont construits avec les habitants et les acteurs ? »
- Réactions défensives d'acteurs et d'habitants sur le fait d'amener des actions sans les consulter (réaction défensive lors de la première a assemblée plénière).
- Au contraire sentiment des institutions, d'habitants, d'acteurs qu'un ensemble de moyens sont investies sur un territoire.

- *Effet de la concomitance d'actions sur différents déterminants de santé sur la démarche intersectorielle :*

« Avez-vous le sentiment que la définition d'actions à priori a facilité et facilite la coordination des institutions ? »
(comme par exemple pour les actions sur des mêmes publics)

« Est ce que l'on peut imaginer une coordination des institutions au travers d'autres stratégies ? »

- *Effet de la participation des habitants et des acteurs sur la concomitance d'actions sur différents déterminants de santé* :

« D'après vous, qu'est-ce que la participation des habitants amène et peut amener comme plus-value dans le déroulement des actions ? »
- Adapter-réorienter les actions par rapport aux besoins, aux priorités et aux demandes des habitants
- Au contraire impression des porteurs que leur action perd de sa légitimité car elle ne répond pas aux besoins et demandes des habitants
- Développement de partenariat avec les acteurs et les habitants pour la mise en place de l'action
- Facilite l'accès aux publics ou à d'autres publics (perspective utilitariste : on utilise les habitants pour donner une légitimité aux actions)

- *Effet de la participation des habitants et des acteurs sur la démarche intersectorielle* :

« D'après vous, qu'est-ce que la participation des habitants amène et peut amener comme plus-value dans la démarche intersectorielle ? »
- Connaissances partagées et culture professionnelle commune autour du diagnostic communautaire
- Renforce la nécessité d'évolution de pratiques professionnelles vers plus de partenariat entre les institutions
- Peut permettre sur le long plus long terme de créer des services appropriés et de modifier l'organisation et la politique des institutions.

- *Effet de la démarche intersectorielle sur la concomitance d'actions agissant sur différents déterminants de santé:*

« Quels sont les effets que vous percevez lorsque nous nous retrouvons ensemble lors des équipes projet ? »
« Est ce que cela permet une dynamique réelle et qui correspond à vos attentes sur l'interaction entre les actions ? »
- Coordination des actions : mise en place plus facilité, partage de l'information, résolution de problème sur des éléments nécessitant l'intervention des partenaires vs conflits, position divergente et défensive
- Communication : diffusion des actions aux différents publics
- Permet d'agir dans une continuité école/famille/quartier

- « Un comité de pilotage de la santé de l'enfant sera créé, à partir du comité déjà constitué pour ce projet, pour prendre des décisions en termes d'organisation de services, de choix de priorité d'actions et de financements »

❖ *Effet de la démarche intersectorielle sur la participation des habitants et des acteurs*

« D'après vous, qu'est-ce que l'implication de différentes institutions ou structures amène et peut amener comme plus-value dans la participation des habitants et des acteurs ? »
- Donner des réponses concrètes et rapides aux besoins et demandes des habitants
- Mobiliser les ressources institutionnelles disponibles pour les acteurs du quartier
- Se confronter à des problèmes de fond et en rapport aux besoins primaires (cadre de vie, conditions de vie), sur lesquels nous avons peu d'emprise

❖ *Positionnement par rapport à la stratégie du programme*

« Pour finir et de manière générale, à ce stade du projet :

- Quel sens donnez-vous à ce programme ?

- Avez-vous le sentiment qu'il répond de manière efficace aux problématiques repérées et qu'il contribue à réduire les inégalités sociales de santé ?

- Quelles propositions d'amélioration et d'adaptation de la démarche peut-on proposer pour la suite du déroulement du programme ? »

Analyse des processus
(qualité d'implantation de mise en œuvre des actions et du programme et variables contextuels)

❖ *Freins généraux*

« Qu'est ce qui a posé le plus de difficultés selon vous dans la mise en place en générale des actions et de la démarche participative et intersectorielle ? »
- Changement de personnes, le partenariat repose sur des personnes
- Réorganisation des institutions
- Lourdeur ressentie (Production d'écrits réguliers, nombre de réunion)
- Fonctionnement différent suivant les institutions, notamment en termes de pratiques professionnelles et de diagnostic initial
- Pérennité des financements et des actions
- Lien aux professionnels médicaux hors bénévolats (médecins libéraux, réseaux de soins, médecins du monde)
- Capacité de certaines institution à s'impliquer (pouvoir de décision des personnes engagés)

❖ *Facteurs facilitateurs-mobilisateur généraux*

« Qu'est ce qui au contraire, a facilité de manière générale la mise en place des actions et de la démarche participative et intersectorielle ?
- Création d'outil, échange de pratiques entre acteurs (différencier institutionnel et acteurs de terrain)
- Création de partenariats
- Implication des habitants
- Fiches de liaison crée
- Légitimité et compétences des professionnels et acteurs engagés
- Désir de rompre avec l'inertie ressentie des institutions

❖ *Analyse du contexte*

« Quels sont pour vous les éléments de contexte qui influencent, positivement ou négativement, le déroulement du programme ? »

Au niveau social (désaffection du public par exemple), économique (précarité notamment), politique (question du logement par exemple), de l'environnement physique (cadre de vie), du sexe (mobilisation des pères par exemple), et au niveau culturel ?

❖ *Planification commune*

« Pour vous, est ce que les acteurs clés qui interviennent sur les deux quartiers participent au programme ? »
- Au niveau du réseau
- Au niveau de l'équipe projet

« Pensez-vous qu'il serait utile que des acteurs et des instituions aient davantage de rôles et de responsabilités au sein de ce programme ? »
- Leur implication
- Leur volonté et leur capacité à changer de rôle
- Répartition des responsabilités et des rôles (moins pour les pilotes et Fabrice notamment ?)

« Est ce important et pertinent pour vous que le réseau de santé communautaire et le conseil du citoyen puissent influencer les décisions sur ce projet ?
- Quelle réelle marge de manœuvre par rapport aux actions définies à priori et par rapport aux actions novelles ?

❖ *Organisation et action communautaire*

« Qu'est que vous pensez de manière générale des démarches de santé communautaire ? »
- Qu'est-ce qu'elles apportent ?
- Permettent elles effectivement de mieux prendre en compte les besoins et les demandes des habitants et acteurs ?
- Mode d'opérationnalisation : faire avec différent de faire pour
- Diagnostic communautaire : est-ce que pour eux le diagnostic avec habitants et acteurs est un diagnostic ou pas ? Qu'en ont-ils retenus ?
- Créer une démarche de changement avec les habitants et non juste donner des réponses formelles ou utiliser la participation des habitants pour donner une légitimité au projet

« Qu'est que vous pensez de votre vécu de la démarche communautaire et citoyenne développée au sein de ce programme ? »
- Vécu et participation à la démarche (assemblées plénières, réseau de santé communautaire, conseil du citoyen)
- la mobilisation des habitants et surtout les interactions avec ces derniers semblent impliquer les institutions
- Interactions acteurs des quartiers
- Attentes et croyances autour de la démarche
- Effets perçus et attendus
- Besoins définis à priori vs besoins définis avec les habitants (pris en compte de la demande sociale)
- Partage du pouvoir avec les habitants et les acteurs du quartier
- Impuissance par rapport à certains besoins diagnostiqués (perte de légitimité ?)

« En quoi ce programme et cette démarche communautaire en particulier peut répondre à vos besoins et à vos propres attentes ? »
- Attentes personnels et professionnels
- Attentes de services
- Attentes de l'institution vs l'institution n'y croit pas ou n'y est pas prête

« Avez-vous l'impression que les temps de formation et les échanges entre vous, avec les acteurs du territoire et avec les habitants, ont contribué à faire évoluer vos pratiques professionnels ? »
- Acquisition de connaissances et de savoir faire

- Meilleure connaissance des problématiques vs « on savait déjà »
- Engagement vers de nouvelles actions ou modalités d'action
- Création d'une culture commune

- *Moyens par rapport aux objectifs, mobilisation continue des ressources*

« Selon vous, qu'est ce programme nécessite comme ressources à développer de manière continue ? »
- lien entre les institutions
- nouvelles ressources humaines et financières (par qui ?)
- Pendant et après le programme

- *Organisation intersectorielle*

« Quel est votre sentiment général par rapport à votre engagement et votre participation au sein du programme ? » (signature de convention, présence lors des équipes projet, présence aux assemblées plénières, présence au réseau, réponses apportées directement aux habitants, lien aux pilotes, lien aux évaluateurs) ?

« Qu'est ce qui fait que vous restez engagés, que vous participez aux équipes projet au-delà des conventions initiales ? »
- rapprochement entre institutions
- connaissance ce que font les autres
- limites : capacité à prendre décision pour son institution, capacité à s'engager sur des missions en dehors de ce que demande son institution, connaissance du terrain-des pratiques des acteurs de terrain de son institution

Conclusion

CL : conclusion, propositions d'amélioration, ajustement / prochaine équipe projet notamment par rapport aux pilotes ;. (le dire au début aussi ! autoriser la parole sur des éléments compliquées –entretiens permettront d'aller plus loin)

« Quels sont selon vous les besoins de ce programme pour sa continuité et pour l'améliorer ? Notamment en prévision de la prochaine équipe projet ? »
Qu'est ce qui pour vous doit rester « off » y compris dans le rapport final ?

« Quelles sont les conditions que l'on pourrait déjà conseiller selon vous par rapport à la reproductibilité de cette démarche (action communautaire combinée à l'action sur différents déterminants de santé) ? Quelles sont les limites ? Quelles meilleures pratiques peut-on suggérer ? »

« Quelle continuité on peut envisager après le projet vis à vis en particulier de la démarche intersectorielle ? »
- Suite à donner à l'équipe projet
- Création de services
- Création d'un réseau institutionnel-comité de pilotage de santé de l'enfant ou réduction inégalité à l'échelle départementale

Dispositif d'évaluation du projet expérimental « la santé à Saint-Mauront Belle-de-Mai on s'y met tous »

Evaluation collective de la dynamique partenariale sur l'ensemble des 3 ans du projet
2ème Focus group le 11-06-2011

Objectif : Comprendre le vécu des différents acteurs qui ont participé à ce projet durant les 3 ans de l'expérience et le fait d'avoir cherché à travailler ensemble.

Pourquoi un focus transversal ? Il nous semblait intéressant de pouvoir réunir un comité restreint mais représentatif de différents acteurs qui ont joué un rôle durant les 3 ans de ce projet. C'est aussi une manière de pouvoir échanger ses idées, de les confronter et les argumenter ; tout ceci pour une meilleure compréhension de ce que représente l'ampleur d'un tel programme et pour assurer sa continuité.

Cadre : nous souhaitons apporter quelques précisions supplémentaires : Le focus group intégrant le dispositif d'évaluation du programme, nous envisageons d'enregistrer ce focus group pour pouvoir le retranscrire et l'analyser.

Respect de l'anonymat et de la confidentialité : Nous veillerons au respect de la confidentialité des personnes, de ce qui aura été dits et échangé lors de ce focus group. Nous garantissons l'anonymat lors de l'analyse et la restitution de l'évaluation à travers la codification de chaque participant.

Rôle des animateurs : veiller à ce que l'ensemble des participants puissent exprimer son point de vue tout en ayant l'objectif de susciter un maximum d'interactions entre les membres du groupe et non exclusivement tournées vers les animateurs.

Avant de vous présenter un peu les thèmes qu'on souhaite aborder avec vous, nous souhaitons faire un tour de table pour que chacun puisse se présenter.

Présentation de chacun : tour de table.

- Nom prénom
- Représentant quel organisme/institution/association
- Année d'intégration dans le projet
- Activités, missions au sein du projet

2 grands thèmes

- Le sens du projet : ce qu'il représente,
- Travail : collectif, coordination, intersectorialité, démarche ascendante/descendante, (démarche communautaire)

Pour cela nous souhaitons attirer votre attention sur quelques points qui nous semblent important pour le bon fonctionnement du groupe

4 grandes règles pour l'animation de groupe :

- Non jugement (des uns envers les autres)
- Confidentialité (de ce qui ce sera dit ici)
- Participation de chacun
- Ecoute mutuelle

Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses

Question introductive : qu'est-ce que vous auriez envie de dire à propos du projet ?

Fin du focus :

Essayer de faire un discours de synthèses sur ce qui a été dit.

Proposer de laisser le mot de la fin aux participants : s'il y en a qui désire s'exprimer sur des choses qui n'ont pas été abordé durant la discussion.

Thèmes	**Sous thèmes**	**Questions**	**Relances**
Le sens du projet	Clarté de la mission Planification de la mission (plan d'action) Analyse du contexte	Après ces 3 ans, comment vous vous représentez ce projet ? *(sens)* Selon vous, quel est l'intérêt de mettre en place ce projet ? Quel est pour vous aujourd'hui l'objectif principal de ce projet *? (clarté de la mission)* Quels sont les domaines d'intervention prioritaires sur ce quartier ? (*déterminants sociaux*) Comment vous pensez agir ensemble auprès des populations ? (*capacité collective)*	D'après votre expérience et connaissance de la communauté, quelles sont les principaux problèmes vécus par les familles et leurs besoins ? *(analyse du contexte)* Pour la poursuite du projet, comment pensez-vous agir ensemble pour améliorer la santé de ces quartiers ? *(planification)*

Démarche ascendante/ descendante	Le travail collectif Démarche communautaire (diagnostic et co-construction) Intersectorialité Coordination	Pouvez-vous nous parler de la démarche communautaire qui a été mise en place ? Comment le fait de travailler avec les différents acteurs du projet permet d'améliorer la santé des populations (professionnel, institutionnel, habitant, interinstitutionnel) ?	De manière générale, qu'est ce qui a pu freiner le fait de travailler ensemble selon vous dans le projet ? Qu'est ce qui favorise la participation à un tel projet ? (professionnel et personnel)

L'Université

Le CONSEIL DE CITOYENS de Saint Mauront et Belle de Mai



Dans notre vie quotidienne, la santé des enfants et des familles est un élément essentiel, sur lequel vous avez sûrement des choses à dire, une expérience à faire partager, un point de vue…

Participez au Conseil de Citoyens de Saint Mauront et de la Belle de Mai pour :

- Apporter votre connaissance du quartier et de ses besoins,
- Accéder à une information sur la santé et la diffuser,
- Faire remonter vos constats et vos propositions concernant la santé des enfants à Saint Mauront et Belle de Mai.

CONTACTS :

FABRICE AMAUDRUZ

UNIVERSITE DU CITOYEN

16, rue Lafon
13006 Marseille

Téléphone :
04.91.33.50.85 Télécopie :
04.91.33.69.07
Messagerie :
amaudruz_uc@orange.fr

Dispositif d'évaluation du projet expérimental « la santé à Saint-Mauront Belle-de-Mai on s'y met tous »

Action n°2 : Animation du réseau de santé communautaire

Présentation des résultats du questionnaire passé à la réunion du réseau de santé communautaire du 21-01-2010 puis lors de la réunion du réseau le 25-11-2010.

Ce questionnaire permet d'exprimer notre perception et notre avis quant à notre expérience au sein de ce réseau. Nos réponses nous permettent d'avoir à différents moments au cours de l'existence de ce réseau notre vision de notre mobilisation et de notre coordination.

Chaque pourcentage représente la part des répondants ayant choisi une réponse parmi trois choix possibles.

Exemple :

Dans notre réseau, les partenaires sont capables d'identifier leurs divergences et de les discuter :

□ Les partenaires expriment des points de vue qui peuvent être divergents et sont capables de les discuter ouvertement. *95% ont choisi cette réponse*

□ Les partenaires expriment des points de vue qui peuvent être divergents, mais ils ne discutent que de leurs points de convergence. *5% ont choisi cette réponse*

□ Seuls les points de vue pouvant faire consensus sont exprimés et discutés. *Personne n'a choisi cette réponse*

Les pourcentages les plus saillants sont présentés ci-dessous.

Analyse de la dynamique des échanges

Une dynamique de régulation et d'échange qui s'affirme

- Pour **95% d'entre nous, soit 21/22 (67% en janvier 2010),** nous exprimons des points de vue qui peuvent être divergents et nous sommes capables de les discuter ouvertement.

- Nous sommes **73%, soit 16/22 (67% en janvier 2010)** à penser que devant des positions divergentes, nous sommes capables de changer de position pour construire des compromis.

<u>Egalisation des rapports de pouvoir</u> : <u>une dynamique d'échange et de participation à perdurer</u>

- **59% soit 13/22 (44% en janvier 2010)** estiment que des habitants vivant le problème ou une structure accueillant les habitants qui vivent directement le problème participent, et ont une influence réelle sur les décisions.

- **95% d'entre nous, soit 21/22 (100% en janvier 2010),** pensent que dans les discussions et les décisions, tous les points de vue sont considérés selon leur valeur sans égard à la position sociale des partenaires.

- La contribution des partenaires à la réalisation des actions est reconnue à sa juste valeur **pour 73% d'entre nous, soit 13/22 (72% en janvier 2010).**

<u>Dynamique de production : des dispositions communes à s'engager dans un processus de co-construction d'actions</u>

- Les partenaires sont activement impliqués dans la définition des problèmes et des solutions pour **77% d'entre nous, soit 17/22 (56% en janvier 2010).**

- **73%, soit 16/22 (94% en janvier 2010)** pensent que tous les partenaires mobilisent leurs atouts dans l'intérêt des populations qu'ils ont à accueillir ou prendre en charge.

Besoins identifiés

<u>Une participation large à soutenir par chacun d'entre nous</u>

- Les partenaires essentiels sont mobilisés, mais la participation d'autres acteurs nous permettrait de comprendre plus finement les problèmes et de concevoir des solutions plus adéquates pour **68% d'entre nous soit 15/22 (72% en janvier 2010).**

- Nous sommes **55 %, soit 12/22 (83% en janvier 2010),** à penser que les partenaires réussissent à rallier les nouveaux acteurs dont ils ont besoin pour consolider, améliorer ou poursuivre le développement des projets. **23% pensent le contraire (6% en janvier 2010).**

L'engagement de chacun à réaffirmer et à soutenir

- **68%, soit 15/22, pensent (28% en janvier 2010)** que les partenaires représentent leur organisation, mais ne sont pas en position de prendre des décisions ou d'engager des ressources dans le réseau. (**Alors qu'en janvier 2010, 56%** pensaient que la majorité des partenaires occupent dans leur organisation une position qui leur permet de prendre des décisions et d'engager des ressources dans le réseau).

- **(23% de non réponses)** Pour **50% d'entre nous, soit 11/22,** Il manque des ressources importantes, mais nous parvenons quand même à faire fonctionner les projets **; (67% en janvier 2010 pensaient la même chose).**

Dynamique de production : utiliser les connaissances échangées et l'espace de travail collectif pour élaborer des actions communes

- Pour **59% d'entre nous, soit 13/22 (72% en janvier 2010),** des points de vue différents sont exprimés, documentés (données sur le territoire, savoirs d'expérience, études) et discutés et cela permet de dégager de nouvelles pistes d'action.

41%, soit 9/22, pensent que des points de vue différents sont exprimés et documentés (données sur le territoire, savoirs d'expérience, études), mais que cela ne permet pas vraiment de dégager de nouvelles pistes d'action (**6% en janvier 2010, mais 22%** estimaient un manque de discussion et de documentation).

- Nous sommes **32%, soit 7/22 (61% en janvier 2010)**, à penser que nous travaillons ensemble à construire ensemble des actions nouvelles, intégrées, plutôt que de viser la seule coordination des plans d'action, programmes ou services qu'ils faisaient déjà.

Nous sommes **36%, soit 8/22 (39% en janvier 2010)**, à penser que nous nous consacrons surtout à coordonner les plans d'action, programmes ou services que nous faisons déjà, mais voyons le besoin de se mobiliser autour de l'élaboration de solutions intégrées.

Dispositif d'évaluation du projet expérimental « la santé à Saint-Mauront Belle-de-Mai on s'y met tous »

Action n°2 : Animation du réseau de santé communautaire

Restitution synthétique des activités de la démarche communautaire en 2009-2010
Document de travail pour élaborer un plan d'action pour l'année 2011

Le Réseau de Santé Communautaire faisait suite au cycle de quatre assemblées plénières mise en place dans les deux quartiers entre Octobre 2008 et Avril 2009. Ces deux instances participatives ont permis d'une part d'échanger entre habitants, acteurs sociaux et médico-sociaux, et acteurs institutionnels, sur les problématiques touchant à la santé, et d'autre part de constituer un conseil de citoyens qui aujourd'hui est une force de propositions.

Ce document classe et synthétise les différentes démarches de changement initiées à partir du réseau de santé communautaire depuis son amorçage le 15 janvier 2009. Le contenu est issu de l'ensemble des comptes rendus des réunions du Réseau de Santé Communautaire et du Conseil de Citoyens.

Ce plan construit à posteriori a pour ambition de servir d'exemple à l'élaboration d'un plan d'action pour les années suivantes sur ce que nous pouvons décider de faire pour améliorer la santé et la qualité de vie des enfants et des familles des quartiers Saint-Mauront et Belle de Mai. Un document synthétique de l'ensemble des problématiques analysées lors de ces réunions a également été rédigé. Il permettra de faciliter la priorisation de nos thèmes de travail et de développer nos proposition

Changement souhaité sur le territoire
VISION COMMUNE DU CHANGEMENT :

Réduire les inégalités de santé et améliorer la qualité de vie des enfants et de leur Famille en situation de précarité.

Stratégies de changement
COMMENT NOUS POUVONS AGIR ENSEMBLE

Stratégie 1 Formaliser les réflexions engagées dans le réseau et mettre en place des échéanciers, en étudiant chaque idée au niveau de sa priorité et de sa faisabilité[7]. Mise en place de groupes de travail thématiques à partir des constats des assemblées plénières pour définir les stratégies à mettre en œuvre et ainsi construire des réponses aux besoins exprimés par les habitants.
Groupes de travail mis en place sur les thématiques suivantes :
- Cantine scolaire - Cadre de vie - Information des habitants - Ecole

Objectifs généraux NOS PRIORITES D'ACTION	**Objectifs spécifiques** POUR CHAQUE PRIORITES D'ACTION	**Moyens d'action** COMMENT NOUS AGISSONS SUR CHAQUE OBJECTIF	**Activités réalisées** En 2009-2010
Informer et mobiliser les habitants de Saint-Mauront et Belle de Mai autour de la santé des enfants et des familles. (Groupe de travail ***Information des habitants***, 3 réunions les 02-03, 09-04 et 24-11-2009 et nombreuses réunions du Réseau de Santé Communautaire abordant cette thématique)	- Renforcer la participation du réseau dans les fêtes de quartier.	- Mettre en place un calendrier de ces manifestations et y participer.	- Tenue de 2 stands lors des fêtes de quartier en Avril et en Mai 2009.
	- Renforcer l'information des personnes relais auprès des habitants ; les identifier (Conseil de Citoyens, référents familles, …).	Construire une plaquette présentant les différentes actions mises en place autour de l'école dans le cadre du projet « La santé à Saint-Mauront Belle de Mai : on s'y met tous ! »,	- (Avril 2010) La plaquette est finalisée et contient les contacts utiles des structures des 2 quartiers. Elle sera transmise aux parents par l'école dans les carnets de liaisons.
		- Rencontrer les autorités religieuses pour diffuser l'information (pour les pères par exemple ou pour distribuer des tracts sur les actions à la fin de la prière).	- Prise de contact avec les autorités religieuses notamment les imams (fin 2009).
		- Proposer une information dans les médias locaux (LCM, radio-galère, France bleu Provence,…) en vérifiant au préalable la portée de ces médias.	/
	- Mettre en place des solutions vis-à-vis du problème de la langue.	- Mettre en place une liste des structures qui proposent des cours d'alphabétisation.	- Identification du Centre Social Saint-Mauront, du collège Edgar Quinet, de la MPT Belle de Mai, de la Croix Rouge Française et de l'école Edouard Vaillant.
		- Faire un document présentant les ressources disponibles en termes de traduction et d'interprètes.	/

[7] Stratégie définie lors des réunions réseau du 15-01-09 et du 18-06-09.

Stratégie 1			
Objectifs généraux NOS PRIORITES D'ACTION	**Objectifs spécifiques** POUR CHAQUE PRIORITES D'ACTION	**Moyens d'action** COMMENT NOUS AGISSONS SUR CHAQUE OBJECTIF	**Activités réalisées** En 2009-2010
Réfléchir autour des problématiques sur le ***cadre de vie*** : les logements insalubres, les boîtes aux lettres, les risques liés à la circulation à la sortie des écoles, les tensions autour de l'utilisation du jardin Spinelli. (Groupe de travail Cadre de vie le 17-02-2009, Réunion du Réseau de Santé Communautaire du 18-09-2009 et du 24-06-2010)	- Informer les acteurs sur les dispositifs de rénovation urbaine.	- Information lors de la réunion du Réseau de Santé Communautaire du 18-09-2009 à la Fraternité de la Belle de Mai.	- Présentation des dispositifs existants à la réunion du réseau de Septembre 2009 (Emmanuel Viennot, Chef de projet du CUCS): Programme de l'Agence Nationale de Rénovation Urbaine (ANRU), Plan de Sauvegarde du Parc Bellevue, Opération de Rénovation de l'Habitat Insalubre (RHI), Opération d'Amélioration de l'Habitat Dégradé (OAHD), Projets portés par des investisseurs privés.
		- Rencontrer les acteurs concernés par ces problématiques.	- Réunion avec les acteurs concernés bailleurs (Marseille habitat, LOGIREM…) et les compagnies bâtisseurs en Mai 2009.
	- Informer les acteurs sur les risques liés au Saturnisme.	- Information lors de la réunion du Réseau de Santé Communautaire du 24-06-2010 dans les locaux de la Confédération Syndicale des Familles /section Clovis Hugues Bellevue.	- Présentation des risques liés au plomb, aux comportements de prévention, des données de dépistage et de diagnostics de logement sur 2009. Power point détaillé diffusé par mail le 19-10-2010.
Améliorer l'accès des enfants à la ***cantine scolaire.*** (Groupe de travail Cantine scolaire le 16/02/2009 puis Réseau de Santé Communautaire du 6-11-2009 et du 25-02- 2010)	- Mettre autour de la table l'Education nationale et la Direction de la petite enfance de la ville de Marseille.	- Réunion de réseau programmée en présence de Monsieur Gérard SALA de la direction générale de la petite enfance de la ville de Marseille (DGEPE) et des représentants de l'éducation nationale.	- Interventions de M. Sala lors de la réunion du Réseau de Santé Communautaire du 6-11-2009 à l'Agence Régionale de la Fondation Abbé Pierre. - Transmission de Mr. Sala des informations concernant l'accès à la cantine, notamment en termes de tarifs sociaux.
	- Construire collectivement des solutions.	- Retravailler lors d'une réunion du réseau les propositions pour l'accès à la cantine scolaire élaborées par le Conseil de citoyen.	- Construction collective de recommandations pour favoriser l'accès à la cantine scolaire réalisées à la réunion du réseau de février 2010 (7 propositions transmises à la Direction de l'Education et de la Petite Enfance de la ville de Marseille, travail collaboratif toujours en cours).
		- Rencontrer les acteurs concernés par ces propositions.	- La réunion du Conseil de Citoyens SEPTEMBRE 2010 a permis de discuter, avec des représentants du personnel de la cantine sur le secteur, des propositions faites et du retour de la Ville de Marseille. L'éducation nationale était également représentée.
Améliorer les liens entre les parents et l'école (*Groupe de travail* ***Ecole*** amorcé 12-2009 et Réunion du Réseau de Santé Communautaire du 23-03-2010)	- Améliorer la confiance entre les familles et les équipes pédagogiques.	- Passer par les parents-relais qui sont déjà mobilisés dans des associations.	/
	- Identifier l'existant et pérenniser les actions qui s'arrêtent, car souvent fondées sur des engagements personnels.	- Faire le point sur les dispositifs existants.	- Une rencontre entre l'équipe d'animation du réseau et différents acteurs de soutien à la parentalité et du renforcement des liens entre les parents et l'école (coordinatrice du Réseau Education Prioritaire, équipe du Programme de Réussite Educative et du Contrat Educatif Local) s'est tenue le 16 décembre 2009.

Stratégie 1			
Objectifs généraux NOS PRIORITES D'ACTION	**Objectifs spécifiques** POUR CHAQUE PRIORITES D'ACTION	**Moyens d'action** COMMENT NOUS AGISSONS SUR CHAQUE OBJECTIF	**Activités réalisées** En 2009-2010
Améliorer l'accès aux droits et aux soins (opportunité pour un nouveau groupe de travail, proposé par le conseil de citoyens fin 2010, Réunion du Réseau de Santé Communautaire du 27-05-2010, du 1-10-2010, et du 25-11- 2010)	- Informer les professionnels de santé et les travailleurs sociaux sur les dispositifs CMUC et AME.	- Information lors des réunions du réseau de santé communautaire.	- Présentation par le département prévention de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie aux réunions du réseau de novembre 2009 et Mai 2010 des différents dispositifs d'accès aux droits en matière de santé : CMU, CMU-C, l'ACS et l'AME. - Réélaboration et Transmission (Aout-octobre 2010) du Mémento réalisé par l'ASV Marseille Centre et l'assurance maladie sur les droits à la couverture maladie.

Stratégie 2[8] Organiser les acteurs en réseau en s'appuyant sur la construction d'une culture commune : - qu'à travers le Réseau, nous parlions de manière collective ; - être une caisse de résonnance servant à faire remonter des informations aux professionnels ; - constituer un espace de rencontre entre professionnels et habitants.			
Objectifs généraux NOS PRIORITES D'ACTION	**Objectifs spécifiques** POUR CHAQUE PRIORITES D'ACTION	**Moyens d'action** COMMENT NOUS AGISSONS SUR CHAQUE OBJECTIF	**Activités réalisées** En 2009-2010
Réunir des professionnels de santé et les travailleurs sociaux avec les habitants.	- Connaître les activités et les équipes des structures sociales du quartier pour que les membres du Réseau se connaissent mieux.	- Une fiche d'information à remplir a été transmise aux membres du Réseau pour mettre en place un répertoire des acteurs de Saint-Mauront et de Belle de Mai.	- Répertoire des acteurs de Saint-Mauront Belle de Mai mis en place (20 associations ou institutions présentées). - Lors de la réunion réseau du 1er octobre 2010, il a été rappelé que plusieurs acteurs n'étaient pas encore présents dans le répertoire et que ceux qui le souhaitent peuvent faire parvenir la fiche d'information à l'équipe d'animation du réseau.
		- Organisation de rencontres entre les différents acteurs sanitaires et sociaux du territoire.	- 15 réunions du réseau de santé communautaire organisées (5 en 2009, 10 en 2010). - Organisation d'une rencontre avec les professionnels de santé libéraux (soirée de présentation du programme le 16 juin 2009) : 15 présents sur 173 invités (17 autres acteurs, professionnels ou institutionnels étaient également présents à cette soirée). - Rencontre organisée entre les membres du réseau et le Pôle Accueil Social de la Maison Départementale de la Solidarité située boulevard « Bouès » le 16 décembre 2009. - Une visite du CMP Belle de Mai a été organisée le 12 juin 2009. - Réunion le 28-05-2009 avec les bailleurs (Marseille habitat, LOGIREM…), les compagnies bâtisseurs.

[8] Stratégie évoquée lors de la réunion du Réseau de Santé Communautaire du 18-06-2009

Stratégie 2			
Objectifs généraux NOS PRIORITES D'ACTION	**Objectifs spécifiques** POUR CHAQUE PRIORITES D'ACTION	**Moyens d'action** COMMENT NOUS AGISSONS SUR CHAQUE OBJECTIF	**Activités réalisées** En 2009-2010
Créer des partenariats, notamment entre l'école, les centres sociaux, les associations communautaires et les professionnels de santé.	- Favoriser une culture commune et faciliter ainsi la collaboration entre les acteurs et la construction de projets communs.	- Formations des membres du réseau.	- Suite aux besoins exprimés lors de la réunion du réseau de santé communautaire du 9 avril 2009, deux formations ont eu lieu sur les thèmes de la "Communication et techniques d'animation en matière d'éducation pour la santé" par le CODES 13, les 5-11, 26-11, et 10-12 2009 d'une part, et sur "l'approche transculturelle" par Djamel Bourriche les 12-01 et 26-01-2010 d'autre part. - Dans le cadre de l'action n°5 du programme, la formation pour la « promotion de l'implication paternelle » a eu lieu les 12-10, 19-10 2009, et le 25-01-2010. - Dans le cadre de l'action n°6, la formation au PRODAS en 4+1 jours a lieu en Sept-Oct. 2009. - La formation « approche transculturelle » d'Image Santé les 25-03 et 1-04-2010. - Echange autour des concepts de la santé communautaire avec l'intervention du Dr. Didier Febvrel du Service de Santé Publique et des Handicapés de la Mairie de Marseille lors de la réunion du Réseau de Santé Communautaire du 16-12-2010.
	- Développer l'interconnaissance mutuelle des acteurs et la connaissance de nombreux dispositifs.	- Communication sur des dispositifs existants lors des différentes réunions du réseau de santé communautaire.	- Suite à la réunion du réseau du 18-09-2009 où il a été proposé aux membres du réseau que les réunions de réseau permettent des interventions thématiques, des personnes ressources ont été mobilisées pour répondre aux problématiques soulevées par les acteurs du territoire : • Septembre 2009 : Intervention sur le logement à Saint-Mauront et Belle de Mai (GIP Politique de la Ville & Collectif Objectif Logement) • Novembre 2009 : Intervention sur les cantines scolaires (Direction Générale de l'Education et de la Petite Enfance de la Mairie de Marseille) • Novembre 2009 et Mai 2010 : Intervention sur les couvertures santé ; CMU, CMUC, AME notamment (CPAM). Intervention de l'association Moderniser Sans Exclure (MSE) en octobre 2010 sur les problématiques d'exclusion et d'accès aux soins. • Janvier et Avril 2010 : Intervention sur le RSA (CAF 13) • Mars 2010 : Intervention sur la parentalité (Espace Parent de la MPT Belle de Mai) • Juin 2010 : Intervention sur le dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus par l'association ARCADES ; Intervention sur le saturnisme par le Service Santé Environnement de la DT 13 de l'ARS. • Octobre 2010 : Intervention sur le thème de la santé mentale (CMP Belle de Mai, équipe de psychiatrie mobile, ASV Santé Mentale). • Ateliers citoyens sur l'approfondissement de thèmes choisis par les acteurs de terrain.
	- Définir des outils et des procédures de collaboration entre les partenaires du réseau.	- Mobilisation régulière des acteurs et structures du territoire.	- Courriels réguliers indiquant régulièrement l'actualité du réseau et les activités évoqués par les partenaires (ex. : permanences et ateliers sur le droit des étrangers ; sensibilisation à l'approche transculturelle d'IMAJE Santé ; colloque Santé Mentale ; formation nutrition et précarité du CODES 13). - Diffusion des comptes rendus de chaque réunion de réseau de santé communautaire.

Stratégie 3 Favoriser la place des habitants dans le Réseau de Santé Communautaire : - Constitution d'un Conseil de Citoyens suite[9] aux assemblées plénières.			
Objectifs généraux NOS PRIORITES D'ACTION	**Objectifs spécifiques** POUR CHAQUE PRIORITES D'ACTION	**Moyens d'action** COMMENT NOUS AGISSONS SUR CHAQUE OBJECTIF	**Activités réalisées** En 2009-2010
Améliorer la santé des enfants et des familles. Être une instance de débat constructif et volontaire.	- Accéder à une information sur la santé et la diffuser[10], être un relais de l'information entre le Réseau de Santé Communautaire et les habitants.	- Mobiliser de nouveaux habitants pour participer au Conseil, notamment des jeunes.	- Mise en place d'un support de présentation des objectifs du Conseil de Citoyens. - Tract pour se faire connaître des habitants, notamment des commerçants.
		- Mettre en place des points d'information sur la santé dans les différentes manifestations du quartier.	- Participation (stands d'info) à des manifestations de quartier.
	- Apporter leur connaissance du quartier, exprimer leurs besoins[4]. - Faire remonter leurs constats et leurs propositions concernant la santé des enfants et des familles[4]	- Echanger sur les thématiques et élaborer des propositions.	- 15 conseils de citoyens réalisés en 2009-2010, travail sur différentes thématiques : • La santé pour améliorer l'accès aux soins des enfants et des familles du quartier. • La cantine scolaire pour améliorer l'accès des enfants à la cantine en facilitant les procédures d'inscriptions. • Le cadre de vie et le logement qui restent problématiques dans ces quartiers et pour lesquels les habitants ne connaissent pas les projets à venir. • L'école pour comprendre les relations entre les familles et l'école et essayer de voir quelles sont les solutions existantes et à créer.
		- Les membres du Conseil feront part de leur expérience et de leur expertise sur ce qui touche à la santé des enfants et des familles à Saint-Mauront et à la Belle de Mai, notamment en participant aux réunions du réseau.	- Participation régulière aux réunions du réseau avec 3 participants (14%) en moyenne issus du Conseil de citoyens. - Interventions aux réunions du réseau et au comité de pilotage annuel du programme, présentation et échanges de leurs constats et de leurs propositions : • issus des assemblées plénières lors du comité de pilotage du 05-06-2009 ; • sur les cantines scolaires lors de la réunion réseau du 25-02-2010 ; • sur la parentalité et sur les relations entre les familles et l'école le 23-03-2010.
		- Interagir avec les membres du programme « La santé à Saint-Mauront Belle de Mai : on s'y met tous ! » et ceux du réseau ; être informé sur les actions en place et pouvoir faire remonter leurs remarques / propositions.	- Rencontres réalisées avec les pilotes du programme, avec le Planning Familial sur le PRODAS, le Service Santé Environnement de la DT 13 de l'ARS sur le Saturnisme, des représentants du personnel de la cantine pour l'accès à la cantine scolaire. - Participation au comité de pilotage M'T Dents.

[9] 1er Conseil de Citoyens en avril 2009
[10] Définition des objectifs du Conseil de citoyens par les membres eux-mêmes pour contribuer à améliorer la santé des enfants et des familles. (Conseil de citoyens du 02-06-09)

Annexe 8 – Ensemble des éléments de diagnostics synthétisés au sein de la démarche communautaire du programme « La santé à Saint-Mauront Belle-de-Mai on s'y met tous »

Les difficultés d'accès aux droits.

Information et prévention des habitants

La santé mentale

Le logement et le cadre de vie

Les relations entre les familles et l'école

Les cantines scolaires

La parentalité

Thématique travaillée	Connaissances sur le territoire affinées			Moyens d'agir – Leviers d'action	
Les difficultés d'accès aux droits.	CONSTATS EXPRIMES	FREINS A CONTOURNER	ETUDES OU OUTILS COMPLEMENTAIRES EXISTANTS OU REALISES	PROPOSITIONS EXPRIMEES	ACTIONS EXISTANTES ET STRUCTURES RESSOURCES PARTENAIRES
	BILAN 2008-2010 LORS DU DIAGNOSTIC COMMUNAUTAIRE				
L'ouverture ou la réactualisation des droits à la couverture maladie restent souvent problématiques et difficiles.	**Difficultés d'ouverture ou de réactualisation des droits à la couverture maladie** - Centre d'accueil de la CPAM (l'UGE Kléber) gère un **flux très important de personnes** (110 000 affiliés, dont 37 000 bénéficiaires de la CMU), - File d'attente très longue, - Situations des personnes souvent compliquées /dossiers d'assurés souvent complexes. **Difficultés financières des usagers** - **Méconnaissance de l'ACS** - Augmentation du nombre de médicaments non-remboursés - Coût des forfaits journaliers hospitaliers. - Budget santé qui prend une place de plus en plus importante. - Plafonds d'accès à la CMU ou CMU-C qui sont trop bas. **Le manque de confiance au système de santé pour certaines familles** - Besoin d'écoute, de pouvoir parler de leur contexte de vie - Repli sur ses pratiques familiales, consultation en cas d'urgence. - Incompréhension avec le corps médical et ses codes sociaux (« qu'est-ce qu'on dit chez le médecin ? comment on se comporte ? »). - Sentiment d'être mal accueilli chez certains spécialistes de santé (discrimination, refus de patients ayant la CMUC). - **Faire face à la discrimination** : « on est de couleur, on est donc à la CMU; c'est pesant. ».	**Renoncement aux droits :** - Crainte de « dénonciation » autour de l'AME - « On n'ose pas en bénéficier par honte ». - « Peur d'entamer des démarches administratives » - Habitants qui ne connaissent par leurs droits (information mal comprise, culpabilité, peur d'entamer des démarches administratives, …). **Problèmes d'accès à l'offre :** - Mauvaise maîtrise de la langue française. - Manque de visibilité des associations qui soutiennent les familles dans leurs démarches (MDS, MDM,…).	**Documents d'informations synthétiques** sur les dispositifs d'accès aux droits en matière de santé (CMU-CMUC-AME-ACS) élaborés et diffusés par la CPCAM 13. **Identification de problèmes de renouvellement de la CMUC** : en 2009, 64 % des bénéficiaires du RMI qui n'ont pas de couverture complémentaire bénéficiaient de la CMUC en 2008 (Source CPAM 13). Médecin du Monde : présentation aux usagers d'un **tableau simple sur ce que c'est la sécurité sociale** et un rendez-vous chez le médecin. **Testing Médecin du monde sur le 3ème arrondissement en 2006** refus de soins par certains spécialistes : parmi les gynécologues sur la ville, 62 % ont refusé les patients en AME, 38 % pour ceux bénéficiant de la CMUC ; le refus de recevoir les patients AME est de 21% chez les généralistes, 8% (2/24) pour la CMUC.	**Communiquer par l'oral et par l'écrit sur les droits sociaux** - Réaliser une information directe sur l'accès aux droits tous les 2-3 mois -Simplifier les documents administratifs d'accès aux droits. **Faciliter l'accès à l'information pour les étrangers** - Diffuser les cours d'alphabétisation. - Espaces pour expliquer les situations médicales aux personnes qui ne comprennent pas le français. **Créer des espaces de discussion collectifs avec les usagers et les professionnels de santé** Evoquer sa santé et les relations médecins-usagers. **Travailler sur l'autonomie des personnes par rapport au médical** - Accueils collectifs, rendez-vous groupés - S'organiser pour dénoncer les refus de soins auprès du médiateur de l'assurance (3646)	- Les après-midi des Ateliers Santé Ville sur l'accès aux soins - Action n° 7 du programme : nouvelle procédure mise en œuvre entre le CAF et la CPAM. Lors de la constitution d'un dossier RSA, il est dorénavant proposé qu'un dossier de demande de CMUC soit constitué. - L'UGE Kléber (CPAM 13) - Département Prévention de la CPCAM 13 - Maison Pour Tous Centre Social Belle de Mai : aide aux démarches administratives. - ASM, Action Solidarité de Marseille (ex-ASFCF) : accompagnement aux démarches administratives et sociales. - Centre d'Examen de Santé de l'Assurance Maladie (CESAM 13) : bilan de santé orientés plus spécialement vers des publics en difficultés sociales. - A.A.P.I Association d'Aide aux populations immigrées.

	DIAGNOSTIC COLLECTIF COMPLETE LORS DU GROUPE DE TRAVAIL ET D'UNE ASSEMBLEE PLENIERE en 2011				
	Difficultés d'ouverture ou de réactualisation des droits à la couverture maladie - Certaines associations ont développées un **contact privilégié au sein de l'UGE**, d'autres non. - Difficultés pour les personnes qui arrivent d'un TOM ou qui changent de région pour transférer leurs droits (RSA, CMUC). - Des habitants n'entreprennent pas de démarches s'ils ne sont pas accompagnés. **- Manque de recours à l'ACS** par méconnaissance ou parce que le dispositif n'est pas toujours bien adapté aux personnes. **La prescription de médicaments non remboursés** - Certaines familles ont moins confiance dans les médicaments. - **Renoncement aux soins** : des familles préfèrent faire le choix de ne pas se soigner.	**La maîtrise des évolutions législatives** - Des associations qui aident au montage des dossiers ne maîtrisent pas toujours la législation. - Nouvelle obligation des 30 € pour l'ouverture ou le renouvellement de l'AME. **La difficulté à entreprendre les démarches pour des usagers** - Les référents des associations sont amenés à faire les démarches à la place d'usagers. - Les problèmes de langue subsistent pout un meilleur accès aux droits et aux soins.	Document élaboré d'aide au choix de la mutuelle par le CMP sur la base d'une dizaine de questions essentielles. Lister les mutuelles agrées par les CPAM pour la CMUC. Dispositif expérimenté à Toulouse pour bénéficier d'une complémentaire en n'ayant qu'un livret A. Avoir des données récentes concernant l'attribution de l'AME pour évaluer l'impact de la nouvelle législation.	**Formaliser les partenariats existants** entre l'UGE et les associations. **Aide aux choix de mutuelles** adaptées aux besoins des habitants. **Sensibiliser autour de l'accès aux médicaments** - Faire connaître la liste des médicaments non remboursés - Informer les habitants qu'ils peuvent demander des médicaments qui sont remboursés au moment de la prescription. - Sensibiliser à la compréhension des vignettes et des posologies	STRUCTURES RESSOURCES SOUHAITEES - Médecin du monde. - UGEKléber (responsable de l''UGE et le responsable de l'accueil à l'UGE). - PARI I (service de la CPAM qui gère les AME). - Des référents de la Mutualité Française.

Thématique travaillée	Connaissances sur le territoire affinées			Moyens d'agir – Leviers d'action	
Information et prévention des habitants Besoin d'adapter l'information, demande d'espaces d'échange. Application aux problématiques d'accès aux dépistages.	CONSTATS EXPRIMES	FREINS A CONTOURNER	ETUDES OU OUTILS COMPLEMENTAIRES EXISTANTS A RECUPERER	PROPOSITIONS EXPRIMEES	ACTIONS EXISTANTES ET STRUCTURES RESSOURCES
	BILAN 2008-2010 LORS DU DIAGNOSTIC COMMUNAUTAIRE				
	Manque d'information des habitants, des parents - Manque d'information des habitants sur les dispositifs existants. - Manque d'information des parents sur la vaccination, les problèmes d'hygiène, dentaires, de vue et d'audition. - Il faudrait **adapter l'information et les messages de santé** en fonction des publics.	**L'environnement social proche et les structures sociales comme ressources** - Il y a de nombreuses structures sur le territoire mais qui manquent de visibilité. - Les personnes s'appuient sur des personnes ressources dans leur entourage (famille, voisins) ou après des associations. **Difficultés liées à la langue et des codes culturels** - Difficultés en termes de traduction et d'interprètes. Les solutions sont souvent trouvées au coup par coup. - Ils ne sont donc pas toujours compris par les femmes du 3ème arrondissement, qui parfois ne savent pas lire ou uniquement leur langue d'origine, qui ne connaissent pas bien le système de soin français ou qui ne perçoivent pas, dans l'information telle qu'elle est donnée, son intérêt.		**Adapter l'information** - Simplifier les messages d'informations et les adapter en fonction des publics - Améliorer la circulation de l'information entre les institutions, les professionnels et les habitants. - Une information régulière des membres du réseau. **Faciliter la communication** - Former des relais communautaires. - Mettre en place des médiateurs de santé. - Ainsi que des médiateurs culturels pour la communication et la traduction. - Pour les traductions des messages, réaliser un document des différentes ressources disponibles sur le quartier.	**Groupe de travail en 2009** Une liste des structures qui proposent des cours d'alphabétisation a été produite : - Identification du Centre Social Saint-Mauront, du collège Edgar Quinet, de la MPT de la Belle de Mai, de la Croix Rouge Française et de l'école Edouard Vaillant.
	Besoin d'échange et d'écoute des familles - Face à un problème de santé, il y a souvent **un besoin pour ces familles de pouvoir parler** de leur contexte de vie, de ce qui ne va pas bien, d'être accueillies. - Besoin d'espace pour prendre le temps de s'expliquer avec les professionnels de santé. - Manque de lieux de vie sociale comme la MPT Belle de Mai ou le Centre Social Saint-Mauront.			**Favoriser les échanges entre habitants, et avec les professionnels de santé** - Mettre en place des espaces d'expression et d'écoute autour de la santé. - Développer des lieux de rencontres pour aborder les questions de santé - Espaces où l'on peut prendre le temps d'expliquer les situations médicales aux personnes qui ne comprennent pas le français. - Besoin d'espace pour prendre le temps de s'expliquer avec les professionnels de santé. **Construire et mettre en place des outils d'information** - Guide à l'usage des professionnels sur tous les acteurs sociaux du quartier. - Document d'information sur la sécurité sociale, les droits, le reste à charge. - Journées portes ouvertes dans les structures sociales du quartier.	

	DIAGNOSTIC COLLECTIF COMPLETE LORS DU GROUPE DE TRAVAIL ET DE DEUX ASSEMBLEES PLENIERES en 2011 et 2012				
	Les messages de prévention passent mal auprès de certaines populations - Manque de confiance dans le système de santé. - Difficulté de comprendre la logique administrative. - Manque d'espace d'accueil pour pouvoir parler de sa santé. - Manque de compréhension avec le corps médical. **- Les messages se limitent souvent à des informations ou courriers écrits.**	**Difficulté à parler de la maladie** - Les problèmes de langue subsistent pour accéder à l'information, et au dépistage. - L'information passe surtout par le bouche-à-oreille, par les réseaux de connaissance. *Rapport du CRES Paca :* - Pour les populations migrantes, Le cancer est associé à la peur, à la mort. Il ne se dit pas, certaines personnes souhaitent en savoir le moins possible. - Privilégier des techniques participatives, orales et conviviales, mobiliser sur des groupes déjà constitués (lieu d'alphabétisation) sur la santé globale, ancrer l'information via des relais de proximité (acteurs sociaux et soignants).	**Outils de prévention** - Affiche qui fut élaborée par les femmes fréquentant les lieux d'accueil de la Croix-Rouge. - DVD et romans photos réalisés par ASM. - Différents supports pour faire connaître des messages de santé (hépatite, VIH, F) par le département prévention (CPCAM). - Des informations régulières en matière de santé sont données sur Radio Galère.	**Développer des actions de prévention à partir des outils recensés et crées** - Pouvoir mieux diffuser des outils dans des langues étrangères les plus utilisés dans le quartier. - Rassembler ceux édités par l'INPES et réfléchir à comment les diffuser dans le quartier. -S'appuyer aussi sur des documents visuels : audiovisuels, romans – photos… - Diversifier les lieux de diffusion, notamment par la TV, par exemple à l'UGE Kléber, les pharmacies, les salles d'attentes de médecin… - Expérimenter une action de théâtre forum avec des habitants du quartier.	**Travailler conjointement avec le projet CUCS en 2012** pour la mise en œuvre d'actions dans différents domaines (santé, emploi, culture…) en direction des femmes. Assistantes sociales de la sécurité sociale en cas de problème de coût des soins. Actes remboursés à 100% pour les 50 à 74 ans pour le dépistage organisé du cancer du sein. Il existe un prélèvement à faire soi-même et qu'on peut faire analyser par un laboratoire sans devoir faire un frottis chez un gynécologue.
	Faible accès aux dépistages sur le 3ème arrondissement - Les femmes du 3ème n'ont pas toujours de suivi gynécologique. - Les médecins généralistes ne sont pas toujours informés sur les dépistages, formés aux actes, ou n'ont pas le matériel adéquat.	**Freins financiers et culturels** - Problématique des dépassements d'honoraires de certains gynécologues voire de redus de soins pour les bénéficiaires de la CMUC. - Freins financiers sur le reste à charge pour la vaccination du col de l'utérus. - Freins culturels : dépistage du cancer du col de l'utérus difficile à réaliser pour certaines familles car elles ne conçoivent pas la sexualité de leur fille de 14 ans.	**Données statistiques sur le 3ème arrondissement (2009)** - Seulement deux gynécologues, - Le taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein est de 10% (52% en France). - 25% des 45-75 ans ont bénéficié d'une mammographie. - 18% des 25-65 ans ont réalisé un frottis.	**Mettre en place des relais pour favoriser le dépistage** - Créer des espaces de discussion et d'information collectifs avec les habitants. - S'appuyer sur les relais médicaux pour mieux sensibiliser : centres médico-sociaux, médecins traitants, hôpitaux. - Que les associations socioculturelles servent de relais en particulier pour les personnes qui ne parlent pas français sur les documents envoyés par l'assurance maladie. - Faire témoigner des personnes « paires », des femmes de communautés présentes dans le quartier, qui ont été atteintes d'un cancer.	

Thématique travaillée	Connaissances sur le territoire affinées			Moyens d'agir – Leviers d'action	
La santé mentale	CONSTATS EXPRIMES	FREINS A CONTOURNER	ETUDES OU OUTILS COMPLEMENTAIRES EXISTANTS OU REALISES	PROPOSITIONS EXPRIMEES	ACTIONS EXISTANTES ET STRUCTURES RESSOURCES PARTENAIRES
	BILAN 2008-2010 LORS DU DIAGNOSTIC COMMUNAUTAIRE				
De nombreuses sources de stress et une forte demande.	**Les multiples facteurs de stress de la vie quotidienne** - « Cercle vicieux » du stress des parents qui « se transmet à la famille » : la pression, le stress, les urgences quotidiennes peuvent entraîner des dépressions. - **Des conditions de vie pathogènes** : l'insécurité du lieu de vie, les logements exigus comme une seule pièce pour 4 à 5 enfants génère de l'agressivité : « la famille devient malade ». - Pour le 3ème arrondissement il n'y a quasiment que des personnes qui ont déjà décompensé à l'occasion des expulsions. - La solitude, le sentiment d'isolement, lié au parcours migratoire, à la maîtrise de la langue française. - On ne s'intéresse pas assez aux problématiques psychologiques des femmes, notamment celles des femmes musulmanes. - Relations hommes/femmes au sein du couple, parfois violentes physiquement et psychologiquement. **Besoin de formation et de coordination avec les acteurs du champ social** - Besoin pour les travailleurs sociaux de **formations sur ces questions de santé mentale.** - Les procédures de signalements viennent notamment des bailleurs, des voisins, de l'hygiène de la ville, et surtout les structures d'aides à domicile (services aux personnes, portage de repas, etc.) excluant néanmoins les personnes précaires sans domicile. - Face à la diminution des lits en hôpital, il s'agit aussi de bricoler des solutions alternatives pour accueillir les personnes ayant besoin de soins.	**Des moyens face à une forte demande de prise en charge** - les personnels du soin ne peuvent plus accompagner les personnes de manière régulière sur plusieurs années. - File active très importante pour le CMP, environ 1200, il y a un engagement pour prendre les personnes en charge sans rendez-vous. - Il n'y a pas de centre de postcure sur le secteur du CMP Belle de Mai. - Le 3ème arrondissement pâtit en plus de l'absence de psychiatre ou psychologue privé. - Une majorité de secteurs dont le 3ème arrondissement n'ont pas de service infanto-juvénile. - Pour le CMPP il y en effet de l'attente. Chaque CMP et CMPP a un fonctionnement différent. **Freins liés à la langue et à la non reconnaissance du problème** - Le groupe signale que le problème de la langue est une barrière importante, notamment pour s'adresser à un médecin ou à une prise en charge psychologique. - Lorsque l'on a des soucis psychologiques ou psychiatriques on ne sait pas si on est malade, ni vers qui se tourner.	Diagnostic GRESS Médiation Santé sur les deux quartiers (2006) : - Mauvaise qualité de l'environnement et de l'habitat qui est facteur de troubles. - Augmentation de la fréquence et de la gravité des cas. - Déficit de l'offre d'écoute et de soins en santé mentale, impossibilité au CMP d'absorber toutes les demandes. - Besoin de soutien et de formation des équipes « de première ligne », notamment sur l'accueil. - Démarche d'état des lieux dans le domaine de la santé mentale à Marseille - Tableau de bord, enquête auprès des structures et approche qualitative- ORS PACA (2007). - Plan Locale de Santé Publique Santé Mentale Marseille 2010 – 2012.	**Développer le travail en réseau** - Nouer un travail de réseau (autour des travailleurs sociaux) spécifique à la santé mentale sur le 3ème comme celui existant sur le 13 et 14ème arrondissement. - Qu'un secteur de psychiatrie puisse orienter sur un autre lorsqu'il ne possède pas de service infanto-juvénile. - Une meilleure information sur les spécialistes de la santé psychique notamment les pédopsychiatres et les psychologues. **Développer les espaces d'écoute et de rencontres** - Permettre un accompagnement, une information, une détente, de parler, d'avoir une réponse ou d'être rassuré. - Développer des lieux de rencontres et d'écoute pour les parents, pour les femmes. - Ouvrir des centres d'écoute et d'information sur la santé, faciliter l'accès aux prise en charge psychologique.	CMP Belle de Mai (Mme Duplouy): - Dynamique de réseau avec de multiples partenaires pour trouver toutes les solutions alternatives à l'hospitalisation notamment par rapport à la situation de l'habitat en engageant des recherches d'appartement. - Équipe Mobile de Liaison Psychiatrie Précarité et PASS Psychiatrie du C. H. Édouard Toulouse. (Mme Alamand) - Frank Lescroël, coordinateur de de l'Atelier Santé Ville Santé Mentale. - Les Céméa PACA (Centre d'entraînement aux méthodes d'éducation active) ont animés entre 2007 et 2009 deux formations intitulées « Accueil des personnes en grande précarité et travail en réseau en centre-ville à Marseille » pour les intervenants en première ligne exerçant un rôle d'accueillant dans des structures des 2ème et 3ème arrondissement de Marseille. Les participants ont ainsi manifesté le souhait de constituer un réseau sur ces questions.

	DIAGNOSTIC COLLECTIF COMPLETE LORS DU GROUPE DE TRAVAIL SANTE ET DE L'ASSEMBLEE PLENIERE DE 2012				
	Les conditions de vie, l'isolement voire le déracinement comme sources de stress. - Le stress est souvent lié à la vie dure, aux problèmes de santé, à l'isolement, aux problèmes sociaux, aux enfants, aux soucis que certaines ont laissé dans leur pays d'origine. - Conséquences de ce stress : **difficultés pour dormir, nervosité, difficultés pour manger, fatigue, maux physiques.** **La recherche d'un bien-être globale : physique, sociale, psychologique.** - Être en bonne santé c'est se sentir bien, faire du sport, sortir et parler aux autres, bien dormir, bien manger, travailler et avoir des moments pour soi. - Selon sa culture on s'oriente vers des médecins guérisseurs, la religion ou encore le sport pour se sentir mieux.	- Problèmes de maîtrise de la langue qui est un handicap pour communiquer avec les autres. - Normalement si on est en souffrance psychique on va voir un psychologue mais comme il n'est pas remboursé les gens vont voir un psychiatre.	Selon les statistiques les femmes sont plus vulnérables à la dépression mais que le suicide réussi est plus fréquent chez les hommes.	**Réaliser un travail d'état des lieux des actions existantes sur le territoire** : - Par le Codes, concernant les actions qu'il développe (qu'est-ce qui est proposé dans le 3ème, sur quel public et comment), - Par le Planning autour du Prodas : point sur les acteurs formés, comment s'est mis en place et auprès de quels publics, besoins identifiés en formation. **Développer une action au sein du Codes ou/et du Planning familial** en identifiant au préalable plus clairement les besoins de la structure et de son public.	Une psychologue consulte gratuitement à la MPT Belle de Mai le mardi matin et le jeudi matin sur rendez-vous. Elle rencontre notamment les parents et les enfants quand il y a des problèmes de communication.

Thématique travaillée	Connaissances sur le territoire affinées			Moyens d'agir – Leviers d'action	
Le logement et le cadre de vie Un environnement de vie dégradé : logements inadaptés, manque d'aménagement d'espaces verts.	CONSTATS EXPRIMES	FREINS A CONTOURNER	ETUDES OU OUTILS COMPLEMENTAIRES EXISTANTS OU REALISES	PROPOSITIONS EXPRIMEES	ACTIONS EXISTANTES ET STRUCTURES RESSOURCES PARTENAIRES
	BILAN 2008-2010 LORS DU DIAGNOSTIC COMMUNAUTAIRE				
	Logements insalubres et inadaptés - **Nombreux logements insalubres et exigus** : **conséquences négatives sur la santé et le bien-être,** asthme, allergie, champignons, saturnisme, manque de sommeil, violence, problèmes de santé mentale. - Inadaptation des logements vis-à-vis de la composition de la famille : les enfants ne peuvent pas y jouer ou y faire leurs devoirs. - Les boîtes aux lettres défectueuses suite à des dégradations des immeubles, ce qui entraîne un égarement du courrier. - Le manque de logements disponibles et l'absence de garants qui conduisent des familles à habiter dans des hôtels meublés aux prix exorbitants.	**Temporalité d'action longue** - La temporalité est différente entre les projets de rénovation urbaine, qui mettent 10 ans au minimum à porter leurs effets, et la vie des habitants, cela ne facilite pas l'implication des habitants. - La procédure d'insalubrité peut être longue (environ 6 mois). Pendant ce temps, l'application des mesures de prévention permet de limiter l'aggravation de la maladie.	- Le dispositif Locapass, qu'il faut faire accepter aux agences et aux propriétaires. *- Diagnostic GRESS Médiation Santé sur les deux quartiers (2006) :* Souffrance psychique liée aux situations économiques et sociales fragiles de certaines populations : mauvaise qualité de l'environnement et de l'habitat, isolement, déracinement, cumul de difficultés sociales et familiales.	**Travailler de manière complémentaire à l'amélioration de la situation du logement** - Favoriser l'accession à des logements adaptés au nombre de personnes par familles. - Travailler sur les problématiques de santé liées à l'insalubrité des logements, en particulier sur le saturnisme. - Travailler de manière transversale entre les associations, les professionnels du logement, les services de la ville, et avec les habitants	- Programme de l'Agence Nationale de Rénovation Urbaine (ANRU), Plan de Sauvegarde du Parc Bellevue, Opération de Rénovation de l'Habitat Insalubre (RHI), Opération d'Amélioration de l'Habitat Dégradé (OAHD). - Confédération Syndicale des Familles : peut servir de relais sur ces messages de prévention et faciliter les diagnostics (insalubrité et saturnisme). - Politique de la ville chez Ville de Marseille. - Pour le Saturnisme, la Santé Scolaire, la Protection Maternelle Infantile, la Consultation Saturnisme à l'AP-HM, et le Service Santé Environnement de l'ARS. - Les bailleurs, Marseille habitat, LOGIREM et Les compagnies bâtisseurs. - Ces questions ont également été discutées avec la Mairie de secteur : des 2èmes et 3èmes arrondissements
	Cadre de vie et aménagement urbain insatisfaisant - **Manque d'espaces verts et de possibilités d'activités** pour « se poser », pour construire « du lien social ». - L'environnement urbain : insécurité notamment aux abords de certains jardins, circulation à la sorties des écoles, insalubrité, trottoirs étroits et encombrés. - La notion et la richesse du quartier en termes d'interculturalité, n'est pas assez pris en compte. - Nombreux squats et marchands de sommeil sur le quartier. - Certains équipements ferment ou ne sont pas utilisés (piscine charpentier, jardin entre le Boulevard Plombière et la rue Guigou, jardin Spinelli)	**Difficulté de moyens et de financements** - Manque de financement pour ouvrir des ALSH (Accueil de Loisirs Sans hébergements). - Manque de moyens chez des familles pour accéder aux loisirs et à la culture. - Même avec le système RHI des loyers plafonnés, et même avec la loi Dalo, certains locataires ne peuvent assurer financièrement un relogement dans un appartement plus digne.		**Développer les lieux de loisirs et les espaces extérieurs** - Mettre en place des lieux de loisirs, des terrains de jeux (utiliser les lieux abandonnés), et des espaces verts (parc, jardin). - Proposer plus d'activités (périscolaire, colonies de vacances, centre aéré) pour les enfants et les adolescents. - Mettre en place un jardin et un terrain de sport. - Un collectif devrait se créer afin de faire remonter l'information auprès de l'adjoint aux espaces verts. - Sécuriser les espaces existants et rendre plus disponible les plateaux sportifs.	
	DIAGNOSTIC COLLECTIF COMPLETE LORS DU GROUPE DE TRAVAIL ET D'UNE ASSEMBLEE PLENIERE en 2011				

	Le logement - La loi DALO : **difficulté de compréhension des procédures par les demandeurs.** Les personnes ne savent pas vraiment commence cela se passe, ce qui crée une certaine confusion dans le suivi de dossiers. - Il faut aller plus loin et suivre les familles qui ont été relogées : insertion dans leur nouveau lieu de vie, lien avec les syndics, participation aux décisions qui les concernent. **Logement et santé** : Vis-à-vis du saturnisme, forte demande de sessions d'information autour de la prévention. **Cadre de vie** : De nombreux habitants du quartier ne connaissent pas les lieux existant, serait intéressant de développer la signalétique (ex. : le jardin Spinelli).	**Difficulté à agir sur de nombreux facteurs** -Difficulté de suivre les logements qui ont été déclarés insalubres pour éviter que certains propriétaires ne les relouent. - Le prix des travaux pour la restauration est un frein pour la majorité des copropriétaires des petites copropriétés dégradées. - Il faudrait éviter de construire chaque fois qu'un terrain se libère pour, au contraire, pouvoir y aménager des espaces verts et des équipements.	Diagnostic du Cabinet CHORUS réalisé sur le territoire de Saint-Mauront sur différents thèmes : la propreté, le logement, les espaces délaissés et l'accompagnement du chantier de la rénovation urbaine.	**Loi DALO** - Mieux informer les personnes (document ou/et rencontres collectives) sur les procédures de demande de logement dans le cadre des dossiers de Loi Dalo. **Prendre en compte l'ensemble des problèmes de santé en rapport avec le logement dégradé : saturnisme, allergies respiratoires, asthme.** - Renforcer le repérage par les habitants et les professionnels sociaux et de santé des risques pour la santé des enfants et des familles dans les logements et immeubles. - Mettre en place une carte des logements insalubres du territoire, la diffuser auprès des services de la médecine scolaire et de la PMI. - Développer des actions spécifiques de prévention des risques de santé liés au logement (sessions d'information pour professionnels et habitants sur le saturnisme).	STRUCTURES RESSOURCES SOUHAITEES Le Service Communal d'Hygiène et de Santé de la Ville (SCHS) qui a pour mission de faire respecter la réglementation en matière de salubrité. Les différents professionnels accompagnants les familles pour la loi DALO pour coordonner et harmoniser les procédures et suivis.

Thématique travaillée	Connaissances sur le territoire affinées			Moyens d'agir – Leviers d'action	
Les relations entre les familles et l'école Difficulté à trouver une place et à communiquer	CONSTATS EXPRIMES	FREINS A CONTOURNER	ETUDES OU OUTILS COMPLEMENTAIRES EXISTANTS	PROPOSITIONS EXPRIMEES	ACTIONS EXISTANTES ET STRUCTURES RESSOURCES
	BILAN 2008-2010 LORS DU DIAGNOSTIC COMMUNAUTAIRE				
	Problèmes de communication entre les parents et l'école - **Peur d'être jugé** : les parents ne viennent pas à l'école de peur de se sentir jugés. - Incompréhension entre les enseignants et des familles dans des cas de prise en charge de problèmes médicosociaux de l'enfant. **Peu de place laissée aux familles et prises par les parents dans l'école** - Pour une question d'organisation, les mamans ne sont pas acceptées dans l'école, les parents ont le sentiment d'être exclus des décisions et de la vie de l'école, les parents d'élèves ne sont pas tous informés de l'existence de parents délégués. - **Les parents participent peu aux instances de l'école :** les parents font confiance à l'institution et confient leurs enfants sans prendre part aux instances qui leurs sont ouvertes, certaines écoles du quartier n'ont pas d'association de parents d'élèves, certains parents ont honte et peur de ne pas comprendre. **Inquiétude des parents au niveau de l'environnement social des collèges** - Vis-à-vis des **problèmes de sécurité et de violence** à l'intérieur du collège (lors du temps de cantine notamment) ou à l'extérieur (collège Arenc Bacchas notamment) : absence des parents, bagarres nombreuses. - Des parents ne veulent pas mettre leurs enfants dans les collèges, certains parents cherchent à déménager ou décident d'inscrire leurs enfants dans une école privée. - Des jeunes non scolarisés ou d'autres établissements viennent embêter ceux scolarisés au collège Saint Charles et Arenc Bacchas. - Consommation de drogues et d'alcool. - Moins de réunions avec les parents au collège.	**Manque de visibilité des dispositifs existants** - Manque de visibilité des actions sur le lien entre l'école et les parents. - Manque d'information sur les dispositifs et groupes de travails existants. **Barrières liées à la maîtrise de la langue** - Difficultés liées à la langue ou un faible niveau de français dans la communication avec les enseignants. - Parents qui ne s'impliquent pas à cause des problèmes de langues. **Contexte de fragilité dans l'éducation nationale** - Inquiétude vis-à-vis des évolutions à venir dans la formation des maîtres. - Problème des changements importants de personnels qui ont lieu chaque année. - Manque de professeurs remplaçants. - Les professeurs ont aussi très peu de temps pour recevoir les parents, ils sont en surcharges de travail ou ne sont pas ouverts. - Sur les cas de problèmes avec l'enfant : les enseignants sont en demande de formation car ils sont eux aussi en souffrance.	**Les initiatives ou expériences existantes** - Certaines écoles mettant en place des espaces de rencontres entre les parents et les enseignants, même si les parents n'ont pas toujours l'impression d'y être acteurs. - L'assistante sociale du collège Arenc Bachas en partenariat avec Christel Ripoll (Coordinatrice REP Saint-Mauront Belle de Mai.) a mis en place en 2009 un « Club de parents » dans le collège. - Expérience « pause café » organisée par l'EPE (Ecole des Parents et des Educateurs) dans une école du quartier. - Dans certaines des écoles, des réunions avec les parents sont organisées tous les vendredis, ainsi que des grands repas.	**Développer les moyens de communication et d'échanges** - Distribuer en début d'année un document de présentation de l'école et de son fonctionnement. Ce document pourrait notamment présenter l'importance du rôle des parents d'élèves et le fonctionnement du système éducatif. - Mieux diffuser l'information sur les actions existantes, notamment en utilisant les relais oraux et les pairs. - Mettre en place des espaces d'échanges entre les équipes enseignantes et les parents, en lien avec les structures sociales du quartier. - Avoir au collège, la même communication que celle mise en place à l'école, notamment en organisant plus de réunions avec les parents. **Mettre en place des relais entre l'école et les parents** - Que l'école s'appuie sur les structures sociales pour faire le lien avec les parents et leur expliquer le fonctionnement de l'école. - Développer les parents-relais notamment pour faire le lien entre les parents qui sont le plus en difficultés et les enseignants. - Créer un groupe de parents d'élèves.	**Les dispositifs institutionnels existants** - Les Réseaux d'Aides Spécialisées aux Elèves en Difficulté (RASED) pour prendre en charge un enfant repéré en difficulté (enseignant spécialisé, maître adaptation, psychologue). - Les Equipes de Réussite Educative qui mettent en place des activités périscolaires, en lien avec les deux collèges du quartier. **Les associations existantes** - L'association Jeunes Enfants du Monde facilite et accompagne le dialogue entre les familles et les équipes éducatives. - Le Planning familial met en place le Programme de Développement Affectif et Social (PRODAS) qui vise à favoriser le bien-être et prévenir les violences en développant les compétences psychosociales.

	DIAGNOSTIC COLLECTIF COMPLETE LORS DU GROUPE DE TRAVAIL ET DES REUNIONS DU CONSEIL DE CITOYENS				
	Rôle essentiel des parents d'élèves délégués - Peu d'informations connues sur le fonctionnement et l'existence des associations des parents d'élève sur le territoire. - La création d'une association de parents d'élèves permet de stabiliser et de pérenniser l'implication des parents d'élèves dans l'école. - Les parents délégués ont un rôle d'information sur ce qui se passe dans le quartier et dans l'école vis-à-vis des autres parents.	**Difficultés de mobilisation et contraintes administratives d'une association** - Les parents délégués rencontrent beaucoup de difficultés à mobiliser les parents d'élèves. - Créer une association de parents d'élèves crée des contraintes administratives.	- Différents outils utilisés par les parents délégués pour connaître les avis des parents d'élèves (boîte à idée, feuille dans le carnet de liaison, journal pour les parents)	**Implication des parents d'élèves** - Mettre en place des formations au rôle de parents d'élèves délégués. - Faire rencontrer et échanger les associations de parents d'élèves du quartier sur leurs pratiques et leurs expériences. - Développer et mettre en place des outils de mobilisation (affiches, tracts…) - Mettre en places des permanences des parents d'élèves délégués.	STRUCTURES RESSOURCES SOUHAITEES - Les associations de parents d'élèves existantes. - Les équipes éducatives des écoles faciliter la mise en place et les liens avec les associations de parents d'élèves.
	Manque de lisibilité et sentiment de mise à l'écart des décisions prises à l'école. - **Impression de « ne pas savoir ce qui se passe à l'école ».** - Des parents participent aux réunions avec les équipes enseignantes mais les choses sont décidées avant. - Les modalités de pré-inscription à l'école ont été modifiées cette année, tous les parents n'en sont pas informés.	**Manque de relationnel ressentie avec les acteurs de l'école** - Trop de communication écrite avec les parents et pas assez sur le mode oral. - L'obligation de prendre un rendez-vous pour communiquer et rentrer dans l'école. - Grilles parfois à l'entrée de l'école.	- Certaines écoles ont mis en place une fois par mois des temps conviviaux simple, sans ordre du jour trop arrêté autour d'un café avec les professeurs. - Brochure inscriptions scolaires 2011-2012.	**Renforcer le lien avec les équipes éducatives** - Organiser une rentrée avec une visite de l'école. - Permettre aux parents de participer au choix de l'ordre du jour du Conseil de l'école, et de s'exprimer sur les questions pédagogiques et scolaires. - Mettre en place d'un livret d'école qui explique notamment comment elle fonctionne - Diffuser les informations sur les nouvelles procédures d'inscription auprès des acteurs du quartier (centre sociaux, postes, CAF, arrêt de BUS).	

Thématique travaillée	Connaissances sur le territoire affinées			Moyens d'agir – Leviers d'action	
Les cantines scolaires Difficulté d'inscription et de paiement, problèmes d'hygiène et de gestion des enfants.	CONSTATS EXPRIMES	FREINS A CONTOURNER	ETUDES OU OUTILS COMPLEMENTAIRES EXISTANTS	PROPOSITIONS EXPRIMEES	ACTIONS EXISTANTES ET STRUCTURES RESSOURCES
	BILAN 2008-2010 LORS DU DIAGNOSTIC COMMUNAUTAIRE				
	L'encaissement des frais de cantine - **Dates de paiement qui diffèrent suivant les écoles** et qui mettent en difficultés certaines familles (cas d'encaissement à la fin du mois). - Gestion des impayés et dossiers d'exonération perçus comme très contraignants par des familles.	**Perte de l'information écrite** - Les enfants, souvent, gardent les documents (avis de paiement de la cantine par exemple) dans leur cartable et ne le donnent pas aux parents, ce qui peut emmener du retard dans le paiement. - Nombre important de retour de courrier à cause d'une adresse erronée.	- Barème réduction de tarifs et exonération 2009-2010. - Selon M. Sala, les prestataires de la cantine scolaire sont assez compréhensifs lorsque la demande est faite de reporter le paiement. Le non-paiement de la cantine ne concerne que 1.60 % des situations.	**Harmoniser l'encaissement des frais de cantine** - Réaliser l'encaissement des frais de cantine en début de mois, entre le 7 et le 10.	- Procédure en matière de non-paiement de la cantine : un premier courrier du prestataire est envoyé pour relancer la famille, si ce courrier reste sans réponse, un avis de la ville de Marseille est envoyé donnant un délai de 2 mois pour payer. - L'AMPIL (Johanne Girard) est intervenue auprès de la mairie au sujet de la population « roms » et qui a permis de faire en sorte que les dossiers pour l'exonération des frais de la cantine soient déposés en mai pour être effective dès septembre. - Nouveau contrat de délégation en 2011-2012 entre les entreprises de restauration et la ville de Marseille où la proposition sur l'avancement du paiement pourra être pris en compte. - L'expérience de l'association SHEBBA dans le 14ème arrondissement de Marseille qui a mis en place des mamans relais. - Direction générale de la petite enfance de la ville de Marseille (DGEPE). Monsieur Gérard SALA. - Direction de la vie scolaire – Mairie de Marseille concernant les inscriptions : Mme Lerda Fabienne.- Service de Santé Publique et des Handicapés de la Mairie de Marseille. Monsieur Didier Febvrel, - Education Nationale, Coordinatrice REP Saint-Mauront Belle de Mai. Mme Christel Ripoll. - Mlle Johanne Girard, ex-Association AMPIL. - Des animations et des activités sont proposées ponctuellement pendant le temps de cantine.
	Procédures d'inscription à la cantine - Informations reçues par des parents sur les cantines (accès aux infos, procédures d'accès à la cantine) ressenties comme insuffisantes. - Suivant les écoles : **le manque d'interlocuteur direct pour les familles.** - Inscription à la cantine réalisée la plupart du temps en août et septembre et non en juin.	**Manque de travail en commun** entre l'Education nationale, la DGEPE et les parents d'élèves.	- Nouvelle organisation des procédures d'inscriptions à l'école du 4 janvier au 26 mars. Après l'obtention d'un récépissé lors de l'inscription, les parents devront se rendre dans l'école choisie dans une période précise de 15 jours, pour valider définitivement l'inscription.	**Faciliter les procédures d'inscription à la cantine** - Mettre en place, dans les écoles, une permanence de proximité, une fois par mois, assuré par des personnels de la Mairie de Marseille, pour recevoir les parents, les informer des différentes procédures d'inscriptions à la cantine et recevoir les inscriptions. - Permettre aux bureaux municipaux de proximité de réceptionner les dossiers d'inscriptions à la cantine scolaire - Simplifier le document de présentation des différentes procédures d'inscription à la cantine et le distribuer en fin d'année scolaire à tous les parents pour les inscriptions à la cantine l'année suivante. - Mieux informer les directeurs d'écoles sur les procédures d'inscriptions à la cantine, notamment dans le cadre des modules de formation dont ils bénéficient.	
	Gestion des enfants pendant la pause méridienne - **Situations de violence entre enfants dans des écoles pendant le temps de la cantine.** - Le nombre de personnes qui encadrent les enfants au moment du repas est insuffisant : 1 professionnel pour 60 à 80 enfants, l'objectif serait d'atteindre 1 adulte pour 50 enfants.	**Manques de moyens et de marges de manœuvre** - La ville de Marseille manque de ressources pour développer cet accompagnement. - Certains parents ont proposé, dans une école, de venir à tour de rôle, soutenir les personnes de cantines. Cette proposition n'a pas été autorisée.		**Développer les compétences et les activités destinées à la gestion des enfants pendant la pause méridienne** - Former les personnels qui encadrent les repas autour de la gestion de groupes d'enfants. - Mettre en place des animations pour les enfants après les repas.	

	DIAGNOSTIC COLLECTIF COMPLETE LORS DU GROUPE DE TRAVAIL EN 2011-2012				
	La qualité perçue des repas à la cantine - Les repas ne semblent pas satisfaire aux enfants, et manque de choix exprimé sur ce qu'ils peuvent manger en fin de service. **Des parents ont retirés leurs enfants de la cantine.** - Il est servi tous les jours un plat bio, le pain est bio également. Les produits frais et locaux sont privilégiés avec respect des saisons depuis septembre 2011.	- Il y a parfois un manque de communication également entre les enseignants et les cantinières. - Le diagnostic ne doit pas se limiter à l'avis subjectif des enfants. - Possibilité de variétés de nourriture difficile pour les enfants qui ne consomment pas de viande. - Il y a une réglementation sur la nutrition par âge.	- Ecole Saint Charles : des actions de formations et de sensibilisation sont données par l'infirmière à destination des parents sur la santé ou la nutrition notamment. - Le contrat de délégation de service public avec Sodexo s'inscrit en accord avec le PNNS : produits BIO, baisse des grammages, sensibilisations.	**Davantage de liens avec le personnel des cantines** - Organiser une rencontre entre les parents délégués et les responsables des cantines. - Que des parents d'élèves fassent la demande de pouvoir aller au restaurant-self pour eux-mêmes prendre un repas et faire leurs propres observations. - Inviter les personnels de cantine dans la formation initiée par le groupe sur le lien famille-école.	STRUCTURES RESSOURCES SOUHAITEES - Les agents du Service de vie scolaire par secteur qui passent régulièrement dans les écoles et qui sont des agents avec qui travailler : une action de présentation est notamment prévue lors des rentrées scolaires. - Le CODES 13 et les centre sociaux qui proposent des temps dans les écoles sur ces questions d'hygiène. - Les infirmières des écoles (exemple de l'école saint Charles.)
	Gestion des enfants pendant la pause méridienne - La direction de la jeunesse recrute des animateurs mais ce n'est pas suffisant.	- Les règles de vie de l'école ne s'appliquent pas pendant le temps cantine (confirmé par l'institution). - Personnels des cantines en grève.	- Des parents ont initiés un travail pour développer une chartre des règles de vie pendant le temps de la cantine.	- **Proposer des formations pour le personnel encadrant** sur la gestion des conflits, la communication bienveillante. - Avoir une meilleure visibilité des intervenants et types d'animation par école : sentiment d'inégalité suivant les écoles.	
	Problèmes d'accès à l'hygiène pour un certain nombre d'école : absence de papiers toilettes et de savon dans les toilettes. Problème à la fois en début d'année et en cours d'année scolaire.	Problème de rupture de stocks, les commandes sont faites trimestriellement.	- La formation des professionnels encadrant pendant le temps cantine est de 5 jours sur l'hygiène, et de 10 jours sur l'encadrement des enfants.		

Thématique travaillée	Connaissances sur le territoire affinées			Moyens d'agir – Leviers d'action	
La parentalité	CONSTATS EXPRIMES	FREINS A CONTOURNER	ETUDES OU OUTILS COMPLEMENTAIRES EXISTANTS OU REALISES	PROPOSITIONS EXPRIMEES	ACTIONS EXISTANTES ET STRUCTURES RESSOURCES PARTENAIRES
	BILAN 2008-2010 LORS DU DIAGNOSTIC COMMUNAUTAIRE				
Difficulté à être parents, pouvoir développer des relations sécurisantes avec ses enfants	**Difficultés rencontrées dans la communication avec leurs enfants** - Comment faire face à un enfant qui prend le pouvoir ? - Comment **transmettre à nos enfants** des valeurs morales dans une société devenue matérialiste et individualiste ? **Désir de développer des relations sécurisées et affectives** - Développer des relations, transmettre des repères : **ê**tre patient, attentif, affectueux, à l'écoute et disponible. Ne pas tout accepter, transmettre nos valeurs, accompagner ses enfants. - Avoir du temps avec son enfant : être disponible mais ce temps est rare, les parents ont beaucoup de difficultés à **trouver du temps à partager avec leur enfant.** **Difficultés à être parent, notamment pour les familles monoparentales, nombreuses et/ou primo-arrivantes** - Nombre important de familles monoparentales : problèmes en termes d'organisation, d'isolement et comment savoir « où trouver du soutien ? » Comment s'occuper de son enfant lorsque la mère est seule? Malade ? Comment concilier tous les aspects de la vie ? **- Certains parents se sentent dépassés, ne savent pas comment faire.** - Parents qui manquent de confiance en eux : parents avec lesquels il faut régulièrement échanger sur leur rôle. - Problèmes rencontrés par certains parents absents dans l'éducation de leurs enfants car se sentant débordés, notamment pour ceux ayant un nombre important d'enfants dans le foyer.	**Difficultés plus importantes lorsque l'on est étranger** - Pas de maîtrise de la langue et des codes du pays. - Perte de repères liés au déracinement. - Organisation matriarcale de la famille comorienne et le rôle restreint de l'homme en tant que père. - Malgré les nombreux flux migratoires en France, l'interculturalité n'est pas toujours prise en compte, comme par exemple sur les différentes façons de penser sa relation au bébé, à l'enfant. **Manque de visibilité dans le quartier des structures de soutien à la parentalité.**		**Développer l'accompagnement et les lieux d'échanges entre parents** - Développer l'accompagnement des familles au travers de structures, d'un lieu d'accueil et d'accompagnement enfant/parents - Favoriser les lieux de rencontres entre les générations où les anciens pourraient transmettre aux plus jeunes leur expérience. - Soutenir les actions qui favorisent le lien social, qui permettent les sorties familiales, ou qui mettent en place des espaces d'échanges de savoirs. **Renforcer les soutiens professionnels et matériels** - Sensibiliser sur les actions des structures d'aide à l'enfance et d'aide aux familles. - Développer les relais d'informations sur les activités existantes dans le quartier. - Développer les modes de garde, notamment les haltes garderies. - Proposer des aides pour les assistantes maternelles. - Initier des rencontres avec des spécialistes, notamment des psychologues.	- Les lieux d'accueil parents-enfants : MDS Bouès, Centre Social Kléber, MPT Belle de Mai, - Réseau d'Ecoute, d'Appui et d'Accompagnement des Parents (REAAP) Madame Géraldine SUAUPEREZ, coordinatrice. - Petits déjeuners parentaux à l'école Felix Piat. - Centre Social Saint-Mauront Bellevue et Belle de Mai: espace rencontre familles, atelier autour de la parentalité, Maison des Parents - Organisation d'un groupe de formation Promotion de l'implication paternelle au sein du programme. - Christel Ripoll, Education Nationale, Coordinatrice REP Saint-Mauront Belle de Mai. - M. Djamel Bouriche, Pédopsychiatre, Centre Hospitalier Edouard Toulouse. - Chantal Marion, Médiatrice Familiale, Association A Mots Ouverts.

Annexe 9 – Présentation de l'action « Santé et Citoyenneté en direction des résidents des centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS)

Présentation de l'action « Santé et citoyenneté en direction des résidents des centres d'hébergement et de Réinsertion Sociale »

L'origine de l'action

Le contenu de cette action constitue une réponse aux besoins repérés dans le cadre de l'élaboration du Plan Local de Santé Publique à l'occasion de laquelle l'association L'Université du Citoyen a été sollicitée pour associer les résidents des CHRS du centre-ville au diagnostic. Lors de cette consultation ces derniers ont exprimé

- un manque d'information sur les dispositifs d'accès aux soins et aux droits,
- le besoin d'aborder le thème de la santé de manière ascendante et collective
- que l'organisation interne de la structure a des répercussions sur leur santé et leur qualité de vie.
- qu'ils ressentent un fort sentiment d'isolement alors même qu'ils vivent dans une structure collective.

L'action a été expérimentée depuis 2005 dans sept CHRS (*« SPES », « Jane Pannier », « Hospitalité pour les Femmes », « ANEF », « Habitat Alternatives Sociales », « Marie Louise » « Ariane »,*) et deux services sociaux : le service *« horizon »* et *« l'Atelier Bossuet »* de l'Amicale du Nid et fait l'objet d'une évaluation par un cabinet externe en 2006.

Description de l'action

*L'action consiste à organiser et animer 10 ateliers collectifs appelés *« des ateliers citoyens »* au cours desquels les résidents sont invités à exprimer leurs savoirs, besoins, questionnements et suggestions sur le thème de la santé et de la citoyenneté. Sur la base de ce qui émerge lors de ces ateliers, des professionnels du secteur sanitaire, social, et juridique sont mobilisés pour répondre aux besoins exprimés.

*Le déroulement des ateliers alterne des séances pendant lesquelles :

→l'animateur est seul avec les résidents et aux cours desquelles ces derniers sont invités à donner leur définition du bien-être, de la santé, de la qualité de vie, de la citoyenneté mais aussi ce qui contribue à ces notions et ce qui y constitue un frein. Ces échanges permettent d'identifier leurs savoirs, besoins et questionnements et donc de mobiliser les professionnels du secteur sanitaire, social et juridique pour y répondre.

→les professionnels du secteur sanitaire, social et juridique sont invités à venir répondre aux questions des participants et à échanger avec eux.

*Les thèmes abordés dans les ateliers organisés jusqu'à lors ont été très variés

« L'hygiène », « l'équilibre alimentaire », « les maladies sexuellement transmissibles », « la contraception », « le sommeil », « où faire un bilan de santé ?», « comment arrêter de fumer ?», « comment gérer son stress ?», « comment dialoguer avec les médecins ?», « l'estime de soi », « que faire en tant que victime ou témoin de violences conjugales et familiales ? » « les conditions d'obtention de la Couverture Maladie Universelle et de l'Aide Médicale d'Etat», « les droits et les devoirs liés au RMI », « les Droits des étrangers », « les Droits des Femmes (histoire et état des lieux), le Droit pour les victimes de violences policières », « les possibilités d'insertion pour les personnes handicapées », « l'accès à un avocat »,« l'aide juridictionnelle »,« la médiation juridique »,« le surendettement », « la discrimination : comment y faire face ? », « l'accès à un logement : la « loi DALO », les mesures d'accompagnement social, les étapes pour l'accès à un logement social », « comment se comporter face aux personnes dépendantes » , « la citoyenneté dans tous ses états », « la place des religions dans notre société », »comprendre les enjeux des différentes élections », « les services de la Mission Locale », « les missions de Pole Emploi », « le service intégré d'accueil et d'orientation », « comment bien vivre ensemble ? ».

Les objectifs de l'action

La méthodologie et la pédagogie développées à l'occasion de ces séances sont empreintes des principes de l'Université du Citoyen. A savoir que :

- la mise en œuvre de l'action est co-construite entre les différents acteurs impliqués (les résidents, la direction et les équipes de la structure, l'animateur, les intervenants) ;
- l'animation est ascendante et collective dans la mesure où elle s'appuie sur les besoins et ressources du groupe.
- les intervenants sont dans une position d'équité et de réciprocité.

La pédagogie a pour objectifs de **permettre aux résidants** :

- de partager leurs connaissances ;
- de nouer de nouvelles relations et solidarités.
- de développer leurs connaissances et compétences individuelles et collectives en matière de santé et d'accès aux Droits ;
- d'obtenir des informations sur les dispositifs et ressources locales en matière d'accès aux soins et aux Droits
- de repérer des professionnels du secteur social, médical et juridique qu'ils peuvent solliciter par eux – mêmes.

Ces ateliers **permettent à la structure** :

- de développer son partenariat ;
- de renforcer sa vocation d'écoute et d'orientation des personnes

et à **l'équipe de bénéficier d'un accompagnement dans la mise en œuvre d'une démarche de participation des usagers.**

Les modalités du partenariat entre la structure d'accueil et l'association l'Université du Citoyen

Ces ateliers sont mis en place au terme d'un travail de concertation avec l'ensemble de l'équipe de chaque CHRS qui repose sur l'organisation de réunions d'information (au moins deux) et de séminaires de travail – au moins deux – qui font l'objet d'un compte rendu. Ces étapes préalables visent à

→intégrer l'action dans le projet de chaque structure : qu'elle soit positionnée comme un complément du travail quotidien des équipes auprès des personnes accueillies ;

→ croiser les intérêts des professionnels de la structure avec ceux des résidents ;

→déterminer les conditions de l'organisation **(**définition des horaires, élaboration d'une stratégie collective de mobilisation, réunions bilan), et de la collaboration entre le personnel de l'Université du Citoyen et celui de la structure (désignation d'un référent, inscription des avancées du projet dans l'ordre du jour des réunions d'équipe, diffusion de l'information auprès des résidents).

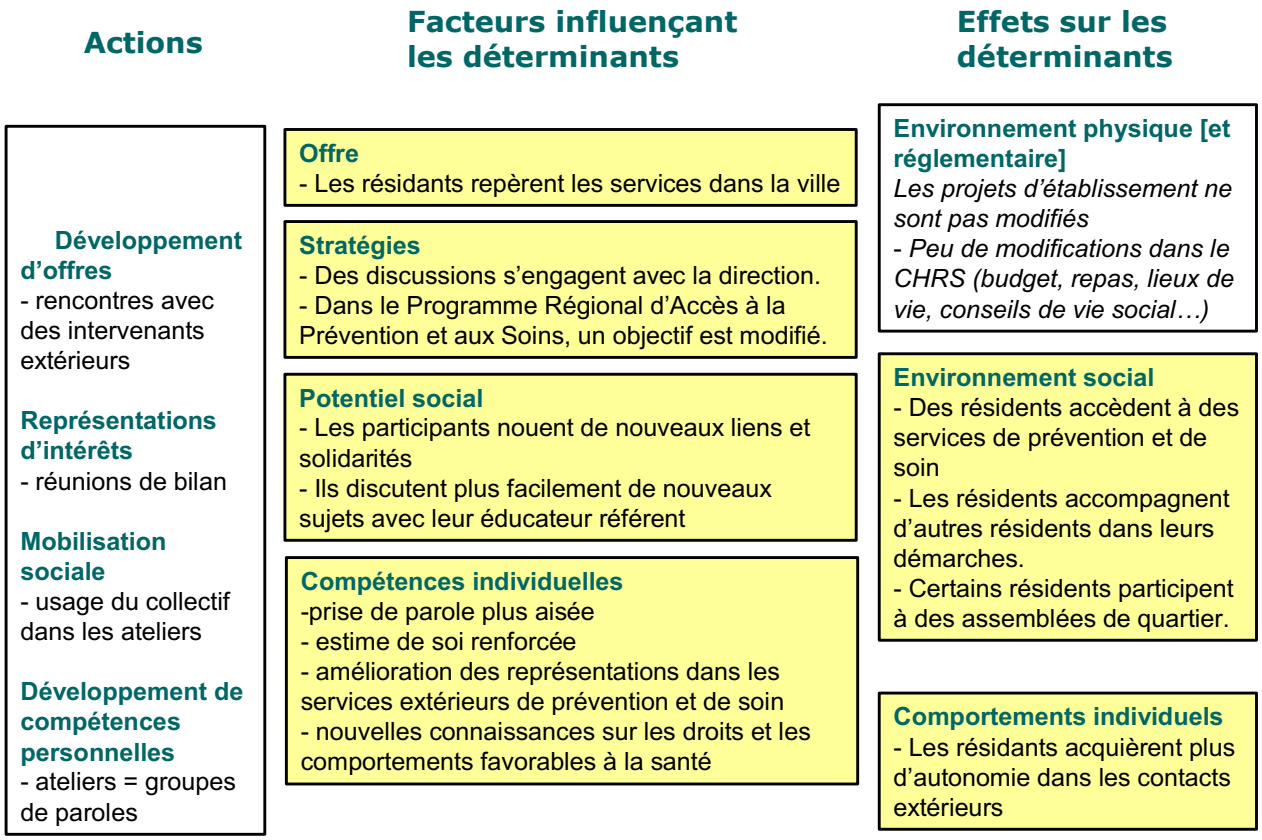
2 réunions de bilan intermédiaire et une réunion d'évaluation sont à prévoir en direction de chaque équipe.

L'évaluation de l'action conduite en 2006 a permis de mettre en exergue que ces ateliers :

→ permettent aux participants :

- de repérer géographiquement des dispositifs de prévention et d'accès au Droit auxquels ils peuvent avoir recours ;
- de connaître leurs droits par rapport à leur statut (ex CMU, handicap, étranger etc.) ;
- d'obtenir des informations pour mettre à jour leurs droits ou les faire valoir.
- de compléter et valider leurs connaissances sur les comportements favorables à la santé ;
- de développer leur estime d'eux-mêmes, leur confiance en eux et leurs relations sociales
- d'accéder à une plus grande autonomie dans leur démarche d'accès aux soins et aux droits ;
- d'exprimer leurs préoccupations, besoins et attentes dans le domaine de la santé et des droits ;
- d'engager un dialogue avec la direction de la structure au sujet de la réorganisation de certaines ressources et de l'organisation de la vie collective.

<u>Schéma 1</u> : résultats de l'action catégorisés selon « *Promotion Santé Suisse* » :



Ce schéma met en évidence que la méthodologie participative utilisée pour la mise en œuvre de l'action « *santé et citoyenneté* » a pour effet les transformations des pratiques des parties prenantes du projet : les résidantes ; les équipes et les directions des CHRS ; les personnes ressources invitées et les décideurs institutionnels et politiques dans le champ de la santé.

« La transformation des pratiques »
→des résidents » au niveau individuel ou « empowerment individuel [11]»

- Ils acquièrent de l'information : ils repèrent des dispositifs de soins, d'accès aux soins et au droits et acquièrent des informations sur les comportements favorables à la santé.
- Ils développent leur potentiel social (ils nouent plus facilement des relations, ont l'initiative de sujets sur lesquels échanger avec leur référent social).
- Développer leurs compétences individuelles (notamment en termes de prise de parole et estime de soi) ce qui renforce leur autonomie dans leurs démarches

→des résidents » au niveau collectif ou « empowerment collectif ou communautaire [12]» :

[11] Eisen (1994) définit l'empowerment comme la façon par laquelle un individu accroît ses habiletés favorisant l'estime de soi, la confiance en soi, l'initiative et le contrôle.
[12] Mc Whirter (1991) : *« l'un des objectifs de l'empowerment communautaire est de rendre la communauté capable d'analyser sa situation, de définir ses problèmes et de les résoudre afin qu'elle jouisse pleinement de son droit aux services de santé. »*

- ils proposent collectivement des initiatives et /ou procédures à mettre en place à la direction pour améliorer le mieux être individuel et collectif (« alimentation de stratégies de promotion de la santé dans les structures d'hébergement »)

Pour ce qui est de la transformation des pratiques des équipes et de la direction des CHRS, ces ateliers leur permettent :

- De porter un nouveau regard sur le potentiel social et les compétences des résidents ;
- D'obtenir des informations sur les besoins et attentes des résidents notamment en ce qui concerne la vie dans le foyer et l'accompagnement socio – éducatif pendant leur séjour

Les rencontres entre les résidents et les personnes ressources permettent à ces dernières de vérifier la pertinence de certaines mesures et l'acuité de certains besoins.

Ces ateliers permettent également aux décideurs institutionnels et politiques d'avoir une remontée d'informations pour mieux prendre en compte les besoins des populations dans l'élaboration des mesures et des dispositifs de santé et d'accès aux Droits (« alimentation de stratégies de promotion de la santé dans les politiques publiques »)

En conclusion, cette action :

- Renforce la vocation d'écoute et d'orientation des personnes
- Participe au retour à l'autonomie sociale des personnes accueillies dans différents domaines
- Restaure la citoyenneté
- Développe le partenariat du CHRS

Annexe 10 – Etapes et éléments du processus participatif à l'issue de la phase d'immersion au sein de l'action « santé et citoyenneté en direction des résidents des centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) »

Résidents

Etapes clés		Séquences pressentis
Initialisation	**Mise en place et entretien du cadre d'expression**	- Mise en place et veille des règles de parole et d'écoute : pas de jugement et d'évaluation. *« Veille au respect des règles de la prise de parole »*
		- prise en compte du savoir de chacun. *« on nous donne la parole, on s'exprime librement »*
		- le groupe exprime et autorise les discours « intimes » ou sensibles *(ex : difficulté à la vie en collectivité).*
	Expression sur le fonctionnement de la structure	- Utilisation de l'espace d'expression pour exposer des critiques ou des interrogations sur le fonctionnement de la structure.
	Mise en place d'une démarche ascendante	- Valorisation, reprise des ressources et connaissances évoquées par les résidents lors des ateliers précédents.
		- Construction de la demande avec les résidents *(initié au 1er ateliers, consolider aux suivants)*
Déroulement	**Expression et communication du groupe**	- Amorçage d'une dynamique collective de réflexion et d'échange (rapports égale à égale, cadre contenant initié par l'animatrice et repris par le groupe).*« passage d'une parole émotionnelle à une parole construite »*
		- Dialogue et questions-réponses entre les résidents, les professionnels internes et l'intervenant extérieur.
Etapes clés		**Séquences pressentis**
Déroulement	**Echange et partage d'expérience, de savoirs et de savoirs faire entre résidents**	- Echanges et compréhension de vécus entre résidents.
		- Echanges et partages de connaissances et savoir-faire entre résidents *(ex : réexpliquent information entre eux).*
	Production du groupe de contenus spécifiques	- Réflexion sur des problèmes de société *(ex. : discrimination, religion, politique)*.
		- Les participants formulent des propositions.
		- Construction d'action(s) collective(s) entre résidents et/ou avec les professionnels internes. *« on a construit avec les résidents concernés une lettre pour la halde »*
Facteurs facilitateurs		- Animatrice et professionnels extérieurs partages leurs propres expériences personnelles avec les résidents.
		- Les professionnels extérieurs (personnes ressources) adaptent leurs discours sans jargon technique et suscitent les interactions : ils exposent leur dispositifs en s'appuyant sur ce que savent déjà les résidents.
		- Les professionnels extérieurs (personnes ressources) suscite la réflexion collective sur les problèmes de société en rapport à la thématique. *Ex. : « problème de société de manger plus le soir »*
		- La dynamique participative et de mobilisation s'appuie sur un noyau dur (3 à 5 résidents)
Obstacles		- La dynamique participative chez les résidents s'appuie surtout sur un seul résidant *(leadership)*

Professionnels

Etapes clés	Séquences pressentis
Co-construction de l'action avec l'équipe avant le démarrage des ateliers	- Travail sur les attentes de la structure en amont de l'action.
	- Susciter la demande chez les professionnels (par rapport à des problématiques de santé, le lien aux résidents, la méthodologie d'action).
	- 1er temps de travail : avec les professionnels sur leurs représentations et par une sensibilisation à l'action.
	- 2ème temps de travail : planification de l'action avec les professionnels.
Participation active des professionnels internes aux ateliers	- Participation des professionnels de la structure aux ateliers.
	- Ecoute active des échanges des résidents dans les ateliers chez les professionnels internes : Echanges dynamiques et participatifs avec les intervenants extérieurs, écoute active des échanges des résidents dans les ateliers, rapports égale à égale dans la dynamique d'échange.
Travail de mobilisation et d'accompagnement en dehors des ateliers	- Travail de mobilisation des résidents pour la participation aux ateliers.
	- Accompagnement des résidents de la part des professionnels internes sur les problématiques identifiées en dehors des ateliers. *« on reparle et on reprend ce qu'on a parlé avec l'Université du Citoyen »*
Réappropriation du contenu et de l'expérience des ateliers	- Les professionnels reprennent et réfléchissent entre eux sur les échanges et le contenu des ateliers auxquels ils ont participé.
	- Les professionnels s'autorisent individuellement et collectivement entre eux à comparer leurs pratiques habituelles avec celles expérimentées dans les ateliers. *« moi, j'ai tendance à poser un cadre plus formel »*
Obstacles	- Absence de professionnels de la structure, notamment pour répondre aux questionnements et critiques des résidents sur le fonctionnement de la structure.
	- Turnover des équipes.