

**Projet d'*empowerment* des femmes.
Conception, application et évaluation de
l'*empowerment* (phase 1) - 1998**

Caroline Longpré, agente de recherche

Danielle Forté, agente de recherche

Christine O'Doherty, coordonnatrice

Bilkis Vissandjée, codirectrice universitaire

**Centre d'excellence pour la santé des femmes - Consortium Université de
Montréal.**

TABLE DES MATIÈRES

Introduction

Historique, contexte politique et social de l'*empowerment*

Définition de l'*empowerment*

Rôles des intervenants en *empowerment*

Évaluation de l'*empowerment*

Domaines d'application de l'*empowerment*

Concepts sous-jacents à l'*empowerment* et projets du CESAF

Applicabilité des concepts pour le CESAF (trois populations-cibles)

Références

INTRODUCTION

Une meilleure compréhension de la pertinence contextuelle et spécifique au genre féminin de l'*empowerment* constitue la philosophie de base du Centre d'excellence pour la santé des femmes (CESAF). L'*empowerment* est un concept de transformation et d'action à la base des divers travaux de recherche et des activités du programme du CESAF.

Le présent texte constitue une première phase d'opérationnalisation du concept d'*empowerment* au CESAF. Il consiste en une recension et une analyse des études et des ouvrages existants (scientifiques et vulgarisés) portant sur le concept afin de permettre l'identification des contours conceptuels de l'*empowerment* ainsi que le repérage des sources documentaires concernant particulièrement les clientèles-cibles du CESAF, les femmes immigrantes, les femmes autochtones et les femmes aidantes naturelles.

L'analyse du concept d'*empowerment* s'attarde d'abord à la façon dont l'*empowerment* a été défini au fil des années, puis aux différentes perspectives théoriques qui en ont discuté et, enfin, aux différentes significations qui lui ont été données. L'*empowerment* présuppose une orientation dynamique et proactive de la santé qui permet aux femmes d'être conscientisées individuellement et collectivement au contrôle et au pouvoir qu'elles peuvent exercer sur l'ensemble de leurs ressources. C'est dans cette perspective que le CESAF estime important de documenter et d'analyser le concept d'*empowerment* en lien avec la santé et la spécificité du genre féminin et ce, afin d'intégrer cette approche positive et proactive aux travaux de recherche et aux activités qui seront menés au CESAF.

HISTORIQUE, CONTEXTE POLITIQUE ET SOCIAL DE L'EMPOWERMENT

Plusieurs événements sociaux et politiques ont conduit à la notion contemporaine de l'*empowerment*. Vers les années 1960 en Amérique du Nord le mouvement social initié par Martin Luther King crée un contexte de revendications sociales qui caractérise le mouvement des droits civiques (Walsh, 1987). On voit alors émerger la nécessité d'intégrer les facteurs environnementaux à l'analyse des problèmes de santé mentale ainsi qu'aux interventions des psychologues. On remet également en question le rapport dominé/dominant qui caractérise la relation entre le professionnel de la santé et la personne aidée (Conférence de Swampscoff, 1965 relevé par Le Bossé et Lavallée, 1993). Quelques années plus tard, la perspective écologique est officiellement adoptée à titre d'orientation théorique générale pour la pratique des psychologues et intervenants communautaires, intégrant du même coup, la notion d'interdépendance entre la personne et son milieu. Les intervenants se donnaient le mandat de contribuer au développement d'un système d'organisation dans laquelle chacun pourrait vivre sa différence sans que cela ne constitue un frein à l'accès aux ressources collectives. L'idée de perspective écologique, de participation communautaire et d'*empowerment* qui en découle constitue depuis ce jour des notions d'une importance incontestable.

Singer (1995) rappelle que les stratégies de réforme du système de santé proposées par les gouvernements provinciaux s'orientent davantage sur la décentralisation du financement et l'accroissement de la participation du public dans les prises de décisions (Rapport « British Columbia, Royal Commission on Health Care and Coast », 1991). Il mentionne cependant que ces propositions donnent peu de détail quant au mécanisme de participation de la population. Ainsi, qui devrait faire partie du groupe décisionnel? Quels sont les renseignements utiles pour ces personnes? Quel genre de décisions devraient-elles prendre? À quel niveau devrait s'établir leur participation? Certains contestent l'hypothèse selon laquelle les communautés sont disposées à participer à la prise de décision sur les soins de santé et les services sociaux. Il est important de déterminer la faisabilité et les résultats de cette avenue. Selon Singer (1995) l'intensité de l'implication des gens dépend en premier lieu de la perception du rapport coûts/bénéfices relié à cette implication, de la dimension du groupe, du temps et de l'argent nécessaire, ainsi que du niveau socio-économique des individus.

Le projet ontarien « Partir d'un bon pas pour un avenir meilleur » a mesuré de façon ponctuelle la volonté de participer des citoyens. Les résultats préliminaires indiquent que si on leur en donne le temps, les citoyens peuvent acquérir les connaissances spécialisées nécessaires pour décider de la répartition des ressources dans les services sociaux. Confiant que cette participation est possible, l'auteur souligne cependant que le contexte actuel demande des changements rapides et que malheureusement peu de temps est alloué à l'accroissement des connaissances favorisant la participation des citoyens.

Comme le souligne Martin et Anctil (1992) les citoyens veulent de plus en plus exercer leur jugement sur les offres de services. L'État tend à redéfinir ses modes d'intervention car il n'est plus l'auteur légitime d'une planification centrale qui désigne aux établissements des missions et des objectifs qui se traduisent en services. Il est

soumis à des pressions contradictoires qui le mène à des négociations constantes avec ses partenaires en vue de produire des compromis entre des intérêts divergents: régionaux versus locaux; technocratiques versus partisans; professionnels versus usagers.

Les réformes qui découlent des transformations du rôle de l'État obligent la reconnaissance et la prise en compte non seulement des intérêts en place dans les services, mais aussi de l'autonomie croissante des individus, des familles et du pouvoir grandissant des communautés organisées desservies par le système de santé (Lesemann, 1997). Dans un contexte de compression des services de santé et des services sociaux, les milieux d'intervention misent davantage sur les ressources des familles de plus en plus sollicitées comme cellules alternatives aux services publics: qu'il s'agisse de soins, d'éducation, d'aide sociale et autre (Gallagher et al., 1997).

Ces grandes transformations politiques, sociales et économiques suggèrent de nouveaux modes d'intervention ainsi que de nouveaux concepts qui répondent davantage aux besoins de la population. Le concept d'*empowerment* semble répondre aux besoins grandissants d'une nouvelle philosophie d'intervention communautaire, de restructuration des soins et de promotion de la santé (Labonté, 1994; Rissel, 1994).

DÉFINITION DE L'*EMPOWERMENT*

Les auteurs ont élaboré plusieurs définitions concernant le concept d'*empowerment* (Rappaport, 1984). Selon les contextes, on peut conceptualiser la notion d'*empowerment* et s'y référer à la fois comme théorie, cadre de référence, plan d'action, but, idéologie, processus, résultat (Hawley & Mc Writter, 1991) ou conséquence (Gibson, 1991).

L'importance démontrée d'une compréhension pluraliste de ce concept nous amène à aborder les questions de recherche à différents niveaux, (individuel, social et communautaire) et selon différentes perspectives (psychologique, organisationnelle, sociale, éthique, communautaire et politique (Gibson, 1991). Nous présentons ici ces différents niveaux et perspectives.

L'analyse du concept d'*empowerment* réalisée par Le Bossé et Lavallée (1993) a permis de dégager certaines constantes se retrouvant dans la majorité des définitions applicables à l'*empowerment*. Les notions de caractéristiques individuelles (le sentiment de compétence personnelle, de prise de conscience et de motivation à l'action sociale), ainsi que celles liées à l'action, aux relations avec l'environnement et à sa dimension dynamique font l'unanimité.

Au plan individuel, Eisen (1994) définit l'*empowerment* comme la façon par laquelle l'individu accroît ses habiletés favorisant l'estime de soi, la confiance en soi, l'initiative et le contrôle. Certains parlent de processus social de reconnaissance, de promotion et d'habilitation des personnes dans leur capacité à satisfaire leurs besoins, à régler leurs problèmes et à mobiliser les ressources nécessaires de façon à se sentir en contrôle de leur propre vie (Gibson, 1991 p. 359). Les notions de sentiment de compétence personnelle (Zimmerman, 1990), de prise de conscience (Kieffer, 1984) et de motivation à l'action sociale (Rappoport, 1987, Anderson, 1991) y sont de plus associées. L'*empowerment* individuel comprend une dimension transactionnelle qui se joue aussi au plan social et collectif car il implique une relation avec les autres. À cet effet, Katz (1984) le représente comme un paradigme synergique où les personnes sont interreliées, où il y a un partage des ressources et où la collaboration est encouragée. Il demande un effort individuel qui est alimenté par les efforts de collaboration et un changement de l'environnement (Wallerstein & Bernstein, 1988).

À ce niveau, la notion d'*empowerment* psychologique est primordiale. Elle est définie comme un sentiment de grand contrôle sur sa vie où l'expérience individuelle suit les membres actifs dans un groupe ou une organisation. Cette notion se construit sur des niveaux de développement personnel, de soutien mutuel de groupe, de participation et d'organisation. Elle peut apparaître sans la participation d'une action politique ou collective et l'unité d'analyse est l'individu (Rissel, 1994). L'*empowerment* psychologique est nécessaire mais insuffisant pour l'accomplissement de transformations et de changements de niveau social ou collectif. Rappoport (1987) estime que si la psychologie communautaire doit encourager la reconnaissance de la diversité culturelle, c'est essentiellement parce que cela est nécessaire au développement de l'*empowerment*. Il en est de même pour la prévention, le développement des communautés, la démocratie participative, la relation entre chercheurs et participants, les réseaux de soutien, les groupes d'entraide, etc.

Rappoport (1987) transforme la notion d'*empowerment*, jusqu'alors utilisée pour exprimer une intention abstraite, en un objectif explicite, celui qui doit être au cœur de toutes les réflexions. L'*empowerment* comporte quatre composantes essentielles: la participation, la compétence, l'estime de soi et la conscience critique (conscience individuelle, collective, sociale et politique). Lorsque ces quatre composantes sont en interaction, un processus d'*empowerment* est alors enclenché. Ce processus proactif est centré sur les forces, les droits et les habiletés des individus et de la communauté, plutôt que sur les déficits ou les besoins (Gibson, 1991, Anderson, 1996).

Hawley et Mc Whirter (1991) ajoutent à la dimension individuelle et à tout ce qui précède, les perspectives sociales et communautaires lorsque l'*empowerment* se situe au niveau collectif ou communautaire. L'*empowerment* contribue au développement de la santé communautaire par les attitudes, les valeurs, les capacités, les structures organisationnelles et le leadership. À cet effet, les attitudes et les valeurs sont associées au degré avec lequel les individus ont le « sens communautaire », les capacités réfèrent aux connaissances et habiletés de la communauté ou de ses membres; la structure organisationnelle réfère au développement des organisations locales; et le leadership pour les individus et les organisations est l'opportunité d'exercer leur initiative au plan communautaire (Lackey, Burke, Peterson, 1987).

L'*empowerment* communautaire devient un processus au moment où il y a interaction entre la coopération, la synergie, la transparence et la circulation de l'information, le tout basé sur les forces du milieu. Il est le résultat de la participation dans des actions politiques et collectives et il requiert la participation active des personnes où la redistribution des ressources est favorable pour le groupe. L'unité d'analyse devient le groupe ou la communauté. L'*empowerment* communautaire se déroule en plusieurs étapes : la découverte des membres du milieu entre eux ainsi que le dialogue et l'établissement d'un sentiment d'appartenance au groupe. Après concertation, le groupe pose un diagnostic de la situation dans lequel il se trouve et formule par la suite des objectifs à atteindre (Lackey, Burke, Peterson, 1987). Dans une approche de santé communautaire, l'*empowerment* touche le plus souvent des groupes de personnes sans pouvoir reconnu. Il est primordial de renforcer les forces souvent inutilisées de ces individus. Cibler les forces existantes devient bénéfique pour l'ensemble du groupe. Il est à noter que dans un tel processus, les conflits peuvent surgir. Les personnes impliquées doivent prioritairement trouver des stratégies pour diminuer ou régler ces conflits.

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. Les stratégies d'intervention peuvent être l'animation à la base (méthodes de communication interpersonnelles, groupes de discussion), la formation en séminaire, en atelier, l'appui financier et logistique de ces comités ainsi que le suivi des activités. Au niveau des structures de santé, l'objectif retenu est le renforcement de la capacité des intervenants à remplir leurs rôles de techniciens de la santé et d'accompagnateurs de la population dans son action sociale. Les stratégies opérationnelles deviennent la formation ou le recyclage en cours d'emploi des professionnels de la santé, l'appui financier et logistique aux structures sanitaires, le suivi et l'évaluation des activités (Eisen, 1994).

Dans une perspective organisationnelle, l'*empowerment* réfère principalement au transfert du pouvoir de l'équipe d'intervention vers une clientèle (Cornwall & Perlman, 1990). Socialement, l'*empowerment* a une influence potentielle sur la formulation des politiques de santé publique et la formulation des programmes de santé (Wallerstein & Bernstein, 1988).

Dans la perspective politique, l'*empowerment* est le résultat qui permet de changer les structures actuelles et les relations de pouvoir entre les diverses instances, les intervenants et les individus (Sherwin, 1992). L'expérience a démontré que les programmes qui associent la population à leur gestion ont souvent mieux réussi que d'autres. Il est souhaitable de développer chez certains membres de la communauté l'expertise nécessaire pour l'auto-gestion de programme au fur et à mesure qu'il évolue. En adoptant cette politique, on économise des ressources rares qui servent à soutenir des experts étrangers au milieu alors qu'une main d'oeuvre locale valorisée offrirait de meilleures garanties au plan des coûts et des bénéfices pour la communauté. La formation des intervenants vise le transfert des outils, des techniques et donc de l'expertise à la base.

Selon, Beaulieu, Shaminan, Donner et Pringle (1997) d'autres dimensions sont liées au succès de l'*empowerment*, comme le soutien, l'information, les ressources et la créativité (Chally, 1992). Lorsque mises en application, il est démontré que ces dimensions peuvent contribuer à favoriser l'augmentation de la confiance et du pouvoir chez les individus ou les collectivités en matière de santé (Chally, 1992).

RÔLES DES INTERVENANTS EN *EMPOWERMENT*

Différents professionnels de la santé jouent à leur façon un rôle déterminant dans le renouveau des systèmes de santé vers une plus grande accessibilité aux services. Dans une perspective d'*empowerment* ces professionnels doivent garder à l'esprit que le système social à privilégier est celui dans lequel les personnes exercent un contrôle direct sur les décisions et les événements qui ont un impact sur leur vie quotidienne (Rappaport, 1987). Les intervenants doivent ainsi être sensibilisés et comprendre que des forces sociales, politiques et économiques complexes, modulent la vie des individus. Il est important que le potentiel individuel et communautaire à exercer des changements constructifs dans leur environnement soit investigué et reconnu. Dans un contexte de CESAF, il peut s'agir de reconnaître l'expérience subjective des femmes comme expertes de leur propre vie. Les professionnels doivent partager l'information avec leur clientèle ou le groupe communautaire (Hawley & Mc Wriiter, 1991). L'*empowerment* implique des liens de collaboration aux plans pratique, administratif et professionnel. Ainsi, indépendamment du secteur d'activité, il est essentiel de soutenir les rassembleurs autour de projets concrets qui amènent les femmes et les hommes à s'impliquer collectivement pour l'amélioration de la qualité de vie de la population et de leur milieu.

ÉVALUATION DE L'*EMPOWERMENT*

Que le concept d'*empowerment* soit utilisé à titre de théorie, de cadre de référence, de plan d'action de but ou de processus, il importe d'en évaluer l'implantation, ses effets et sa pertinence. L'évaluation de l'implantation de l'*empowerment* doit s'effectuer à tous les niveaux de son application, soit: l'*empowerment* individuel (validation des perceptions du pouvoir et du contrôle), le développement de petit groupe (promotion des changements de comportements personnels, et le support pour le style de vie choisi), l'organisation communautaire (développement des actions locales), le consensus (comment les déterminants de la santé influencent-ils la santé d'une population) et l'action politique (soutenir les mouvements sociaux et favoriser la participation démocratique) (Duncan, 1996). Un problème de mesure de l'*empowerment* est inhérent à la confusion conceptuelle à propos de cette notion et la simplification du processus par lequel l'*empowerment* prend souvent place. Il est possible d'évaluer l'*empowerment* soit en fonction des objectifs de départ, des résultats attendus ou des effets obtenus. L'*empowerment* est, pour sa part, plus complexe à évaluer (Wallerstein, 1992).

DOMAINES D'APPLICATION DE L'EMPOWERMENT

Plusieurs notions utilisées à ce jour en terme d'intervention en santé, tels que la promotion de la santé, l'éducation pour la santé, la participation communautaire, le partenariat et l'interdisciplinarité, sont directement liées au concept d'*empowerment*. Afin de permettre une meilleure compréhension de l'*empowerment* et pour insister sur sa pertinence, il s'avère important d'indiquer comment l'*empowerment* s'insère à l'intérieur des différents domaines ou secteurs d'activités de la santé communautaire.

Promotion de la santé

L'*empowerment* est directement lié à l'idée de promotion de la santé (Cardaci, 1997). Dans la pratique, la promotion de la santé vise à favoriser chez l'individu l'apprentissage de modes de vie sains, à permettre aux communautés d'aménager leur environnement et à promouvoir l'inscription de la santé dans les politiques sociales et les décisions collectives. Cette idéologie novatrice s'appuie sur le renforcement d'idéaux démocratiques, comme la participation des citoyens, la correction des inégalités et l'adaptation des milieux aux besoins. Elle représente également un nouveau défi pour les systèmes de santé, celui de s'ouvrir à d'autres secteurs dont l'action influence les déterminants de la santé.

La promotion entraîne une dynamique interactive

Elle implique l'échange, le partenariat et la concertation avec la population, certains groupes et les leaders communautaires. L'essentiel est la participation effective de la population à la définition des problèmes, à la prise de décision et aux activités mises en place pour modifier et améliorer les facteurs déterminants de la santé. Pour cette raison, la promotion de la santé nécessite la collaboration étroite de tous les secteurs de la société pour faire en sorte que l'environnement global contribue à la santé. On met souvent en parallèle l'éducation en santé, la prévention et la promotion (Wallerstein, 1992).

Éducation pour la santé

L'une des fonctions des intervenants est d'éduquer les gens à la santé. Il est démontré que si l'on travaille avec plutôt que sur les communautés; si on croit à et que l'on travaille à la participation effective des communautés tout en considérant les contextes politique et économique, on réalise l'*empowerment* pour l'éducation à la santé (Monkler, 1994). Les intervenants seraient ainsi sensibilisés à ne pas donner du pouvoir mais plutôt à créer des environnements dans lesquels les individus pourraient prendre le pouvoir qu'ils ont besoin afin de transformer leur vie (Miller, 1985).

Un modèle jugé efficace pour l'éducation et la prévention en santé est l'approche de conscientisation découlant de la théorie de l'apprentissage en éducation de Freire (1988). Cette approche suggère la participation des individus à utiliser des actions de groupe et des efforts de dialogue pour leur donner le pouvoir et la croyance qu'ils peuvent changer leur vie. Cette approche de gain de pouvoir pour la santé s'oppose à la philosophie de la science sociale épidémiologique qui axe plutôt sur la maladie en indiquant que celle-ci est relié à un manque de pouvoir (Syme, 1986). Le processus de conscientisation doit être orienté vers la participation communautaire et le

développement d'une pensée critique des individus envers eux-mêmes (Wallerstein & Bernstein, 1988). Selon l'auteur, le dialogue, processus-clé de cette approche, permet à l'individu d'être le principal acteur et de se libérer des tensions intérieures.

L'éducation traditionnelle en santé et l'approche de Freire ont plusieurs points en communs tels que l'identification du problème, l'utilisation de méthodes d'apprentissage et l'engagement des participants à déterminer leurs propres besoins et leurs priorités. Cependant, la principale différence vient du fait que la transmission des connaissances ne se fait pas par des experts, mais collectivement, par une approche de partenariat avec la communauté (Wallerstein & Bernstein, 1988). Suite à une critique positive, les auteurs concluent que cette approche devrait être incorporée aux autres stratégies de la santé. Une étude ayant utilisée pour méthode l'interaction avec le patient, sa famille et d'autres gens ayant le même problème, la présence de facilitateurs ou d'intervenants ayant reçu une formation, l'écoute empathique, la tempête d'idées et la rétroaction, a eu pour effet d'augmenter de façon considérable la perception de risque et l'invulnérabilité des individus.

L'éducation en santé, en lien avec l'*empowerment*, est une stratégie axée principalement sur les apprentissages agissant sur les connaissances, attitudes, comportements, valeurs, modes de prises de décision, reliés à des objectifs de prévention ou de promotion de la santé (Rochon, 1988).

Participation communautaire

La participation communautaire contribue au développement communautaire qui peut être défini comme étant l'organisation de personnes et institutions dans le but de confronter et de résoudre les problèmes de la communauté. La composante nécessaire du développement de la communauté est le développement organisationnel. Le processus du développement organisationnel inclut les stratégies de résolution de problème. Il sert aussi à identifier les priorités, planifier les alternatives, réaliser l'action et évaluer les progrès accomplis (Zambrana, 1996).

Les intervenants jouent un rôle actif afin de faciliter l'identification des ressources, modifier l'environnement et encourager la défense sociale et politique pour les membres de la communauté afin de développer des structures appropriées et un changement communautaire (Aquirre-Molina & Parra, 1995). Le paradigme de la participation communautaire considère l'influence du genre, de la race, de l'ethnie, de la culture, du lieu de naissance, de la langue et de la position économique. Il assume les prémisses suivantes : la santé de cette communauté doit être considérée selon le contexte familial; le statut socio-économique est un prédicteur clé pour l'état de santé physique et mentale; la race, la culture et l'ethnie doivent être considérées façon interactive et ayant un rôle important à jouer dans l'état de santé.

En résumé, suivre les stratégies basées sur les expériences antérieures des individus est primordial pour obtenir une collaboration entre la communauté et les intervenants. Former les intervenants à parler le même langage est crucial pour développer un partenariat et assurer le sentiment de confiance lors des négociations et de la planification. Les buts et objectifs doivent être clairs et concrets et doivent permettre de répondre aux besoins de la communauté. Les décisions sociales et économiques prises en dehors du réseau de soins de santé ont des répercussions importantes sur la

santé. Cela signifie que favoriser la participation du public aux questions liées à la santé est une entreprise qui déborde le cadre de la santé elle-même. Cette participation du public aux questions de santé pose un défi supplémentaire, celui de reconnaître et d'accepter les véritables implications politiques et sociales sous-jacentes à l'objectif de « la santé pour tous » soutenu par l'organisation mondiale de la santé (Powell, promotion de la santé, 1988) .

En général, la participation communautaire est réalisée par les seuls professionnels de la santé à l'exclusion des communautés. Plusieurs demandes formulées par les professionnels de la santé sont institutionnelles et détournent l'attention des vrais problèmes communautaires. On a constaté que la vision communautaire des problèmes de santé est tout-à-fait conforme à l'idéal du bien-être et donc à la définition de la santé, considérée dans sa plus large acception. Cependant, face à leurs problèmes de santé, les communautés ne développent quasiment pas de mécanismes de résolution de problème. C'est pourquoi il est nécessaire que les intervenants soutiennent la communauté dans l'identification des problèmes de santé et dans l'élaboration des micro-projets destinés à les résoudre, étant données les potentialités existantes.

Le projet de Villes et Villages en Santé est un exemple concret de projet où la participation communautaire est mise de l'avant. Cette démarche a pour buts de chercher de nouveaux partenaires de toutes les instances, de favoriser des rencontres avec ces principaux intervenants locaux et la population, de tracer le portrait socio-sanitaire de la région pour ainsi en déterminer les grandes priorités d'actions. Ce concept cherche à encourager un partenariat véritable et permanent entre le conseil municipal et la population locale dans le but de travailler ensemble à améliorer la qualité de vie au sein des collectivités et de réveiller la fierté ainsi que le sentiment d'appartenance de la population (Le Bulletin du réseau québécois de Villes et Villages en santé, 1996).

Grâce à la concertation, l'action devient davantage pro-active (Le Bulletin du réseau québécois de Villes et Villages en santé, 1996). Les partenaires ont tous fait le même constat: des potentiels importants restent inexploités à cause de l'isolement administratif dans lequel chacun s'enferme trop souvent ainsi que par un manque de vision commune, condition nécessaire à une collaboration efficace. En terme de collaboration, les intervenants doivent, entre-eux, renforcer un esprit de partenariat et d'interdisciplinarité.

Interdisciplinarité

La nécessité de recourir à plusieurs disciplines s'impose pour saisir la complexité des situations de santé. Le concept de l'interdisciplinarité a été adapté aux services de santé afin de pallier aux problèmes engendrés par la fragmentation des soins. En considérant que la réalité, à n'importe quel moment, n'est que la rencontre de différents points de vue, l'équipe interdisciplinaire a plus de chance de saisir la complexité d'un phénomène ou d'une personne (Weiss, Wallerstein, & MacLean, 1995).

Dans cette perspective, le client et son entourage deviennent des privilégiés et l'environnement est considérée de façon intégrale. La personne est considérée comme

un tout en interaction avec son environnement, ce qui implique que l'intervenant doit être flexible et dynamique afin de s'adapter aux changements qui surviennent. L'interdisciplinarité repose sur des relations de collaboration (travail en commun) et d'interdépendance. En faisant la synthèse de leur savoir et de leur expérience, les membres de l'équipe deviennent une communauté de pairs dont le but est la résolution de problèmes. La collaboration est basée principalement sur le partage, partage dans la planification, la prise de décision, la résolution de problème et la prise de responsabilité.

CONCEPTS SOUS-JACENTS À L'EMPOWEREMENT ET PROJETS DU CESAF

La compétence personnelle, la prise de conscience, la motivation, l'information, la créativité, le pouvoir, les valeurs, la coopération, la participation active, le dialogue et la promotion, pour ne nommer que ceux-ci, sont tous des concepts sous-jacents aux différentes définitions accordées à l'*empowerment*. Il est intéressant de constater que la majorité de ces concepts constituent la base et se retrouvent à travers les différents projets réalisés à l'an 2 au programme du CESAF concernant les populations cibles : les femmes immigrantes, les femmes autochtones et les femmes aidantes naturelle.

APPLICABILITÉ DES CONCEPTS POUR LE CESAF (trois populations-cibles)

Les projets à réaliser par le programme du CESAF permettront d'ajouter aux connaissances actuelles obtenues, entre autres par différents travaux de recherche, sur l'applicabilité de l'*empowerment* et des concepts associés en vue de l'amélioration de la santé des femmes immigrantes, autochtones et aidantes naturelles. La recension préliminaire des écrits permet de démontrer la pertinence et la justification de l'*empowerment* et de la participation communautaire au mieux-être des collectivités ciblées par le CESAF.

Les femmes immigrantes

Dans le contexte québécois et particulièrement Montréalais la multiethnicité de la population pose un grand défi aux dispensateurs de services de santé, notamment en matière d'accessibilité aux ressources. Les femmes immigrantes vivent de grands changements et doivent s'adapter à tous points de vues. Anderson (1996) a démontré l'efficacité de favoriser l'*empowerment* auprès de cette clientèle à risque en favorisant leur auto-prise en charge de la santé par des rencontres individuelles ou de groupe. Cette méthode a permis de briser l'isolement qui les guette, d'augmenter leur confiance en soi et ainsi favoriser une meilleure qualité de vie.

Des recommandations proposant de mieux cerner les expériences de vie, les comportements et les valeurs des femmes immigrantes semblent indiquées pour la mise en place de programme de prévention et de promotion pour la santé (Rapport Orientation et plan d'action, 1994-1997). Le contexte de changements et de marginalisation vécu par les femmes immigrantes peut être celui d'une perte de pouvoir. Lorsque l'individu expérimente une perte de pouvoir, il ressent une perte de confiance, un sentiment de désaffectation des ressources relié à l'influence sociale, un sentiment de désespoir et il se blâme personnellement (Gibson, 1991). Il est démontré que ces facteurs peuvent atteindre la fierté, la détermination et le sentiment d'attachement et de soutien des pairs d'une communauté. Selon Kiefer (1984) l'*empowerment* est provoqué aussitôt que le sens de l'intégrité personnel est atteint; la situation touche alors de façon symbolique ou émotionnelle l'individu. Les intervenants doivent considérer, dès lors, l'importance pour les femmes immigrées d'augmenter leur efficacité personnelle, leur sentiment de contrôle et de maîtrise, l'amélioration du bien-être et de santé de l'individu (Gibson, 1991), et ce, en favorisant l'*empowerment*.

Les femmes autochtones

Tracer le portrait de santé des femmes autochtones pose des difficultés liées à l'hétérogénéité provenant des nations. Ces femmes s'expriment souvent dans des langues différentes et évoluent dans des environnements géographiques variés.

Le projet « Pour une Côte Nord en santé » réalisé dans le cadre des activités de « Villes et Villages en Santé » auprès d'une population autochtone a favorisé la participation des citoyens à tous les niveaux ainsi que sur la réalisation d'actions concrètes, tangibles et variées. Le programme de recherche concernant les familles autochtones du Québec a documenté les principales caractéristiques de ces familles qui varient beaucoup selon leur localisation géographique, leur histoire ou leurs conditions socio-environnementales. Il visait à mieux comprendre les défis qui se posent aujourd'hui à ces familles, à mettre en évidence les nouveaux modèles familiaux, à mieux cerner la place de la famille à l'intérieur de la vie communautaire et à soutenir les efforts des intervenants. L'approche privilégiée a accordé une grande importance à la parole des femmes et des hommes de tous âges et de toutes conditions et a mis de l'avant une formule de recherche interactive telle que le préconisait l'étude de Lévesque, Rains et Blondeau (1997).

Les femmes aidantes naturelles

L'OMS (1987) indique que les femmes jouent un rôle considérable dans la dispensation des soins de santé. Il est important de constater que les femmes sont les principales dispensatrices de soins dans les familles et les collectivités. Elles répondent davantage aux activités du foyer, au travail domestique (Statistiques Canada, 1986), ainsi qu'aux activités bénévoles (Duchesne, 1989). L'accroissement des femmes sur le marché du travail, sans compter leur faible rémunération, pose le problème du double fardeau (Lowe, 1989). Rappelons que l'accroissement de la population vieillissante augmente les soins à fournir au cours des prochaines décennies (Statistiques Canada, 1990). Reliés à ces principaux facteurs on a constaté que les femmes sont plus exposées que les hommes à éprouver un stress émotionnel, ont plus de chance de souffrir de problèmes de santé et éprouvent davantage de surmenage (Jutras et Veilleux, 1991). Certaines recommandations, telles que de prévoir des dispositions en vue de fournir des services de soutien, le soutien psychologique aux personnes soignantes ainsi que les groupes de soutien aux aidantes naturelles sont des plus indiquées (Dowler, Simpson & Adams, 1992). À cet effet, l'application de l'*empowerment* pourrait être intégré aux services à offrir à cette clientèle.

RÉFÉRENCES

AQUIRRE-MOLINA M., PARRA P.A., (1995). Latino youth and families as active participants in planning change : A description of the process of a community-university partnership, (R.E. Zambrana, ed.). *Understanding Latino Families : Scholarship, Policy and Practice*, Sage, Newberry Park, CA. Pp. 130-153.

ANDERSON J.M., (1991). Immigrant women speak of chronic illness : the social construction of the devalued self. *Journal of Advanced Nursing*. 16. p. 710-717.

ANDERSON J.M., (1996). Empowering patients : Issues and Strategies. *Social Sciences Medicine*. Vol. 43 no 5 p. 697-705.

BEAULIEU R., SHAMINAN J., DONNER G. et PRINGLE D., (1997). *Empowerment and Commitment of Nurses in Long-term Care*. *Nursing Economic*. vol 15 no. 1.

CARBONU D.M., SOARES J.M., (1997). Forensic Nursing in Pakistan Bridging the gap between victimized women and health care delivery systems. *Journal of psychosocial nursing*. Vol. 35. No 6.

CARDACI D., (1997). Health Education in Latin América : the difficulties of community participation and *empowerment*. *Promotion et Education*. Vol, 4 p. 20-22.

CHALLY P.S., (1992). *Empowerment through teaching*. *Journal of Nursing Education*. 31 (3): 117-120.

Closter to Home; Report of the British Columbia Royal Commission on Health Care and Costs, Crown Publications, Victoria (1991).

CORNWALL J.R., et PERLMAN B., (1990). *Organizational entrepreneurship*. Homewood. II Irwin.

DEVKOTA P.L., (1992). Reflexion on participation development in rural Nepal : an insider's perspective. Kathmandu, Nepal and Calgary, Canada, Nepal health development. Projet, 1992.

DOWLER J.M., SIMPSON D.A, ADAMS O., (1992). Inégalités dans la prestation des soins au Canada. *Health Reports*. Vol. 4. p. 125-136.

DROLET M., (1997). *L'empowerment appliqué à l'intervention familiale individualisée : Démarche de conceptualisation et pistes pour la recherche*. Résumé de publication, 4e symposium québécois de recherche sur la famille. Université du Québec, Trois-Rivières.

DROUIN M.C., GENDRON D., JUTRAS F., LAPRISE L., CHAUVETTE A., MARCHESSAULT D., (1997). Le projet mère-veille. Quant le CLSC et les organisations communautaires du milieu se mobilisent autour de jeunes femmes en difficulté. Résumé de publication, 4e symposium québécois de recherche sur la famille. Université du Québec, Trois-Rivières.

DUCHESNE D., (1989). Giving Freely : survey of volunteers in Canada. Statistiques Canada. Catalogue 71-602. Ottawa : Approvisionnement et Services Canada.

DUNCAN S.M., (1996). *Empowerment* Statistiques in Nursing Education : A foundation for Population-focused clinical studies. Public Health Nursing. 13. (5). 311-317.

EISEN A., (1994). Survey of neighborhood-based, comprehensive community *empowerment* initiatives. Health Education Quarterly, 21 (2), 235-252.

FREIRE P., (1988). Pedagogy of the oppressed. Ney-York. N.Y. Continuum.

GALLAGHER F., MORIN D., ALARY J., PAUL D., ARCHAMBAULT J., ST-CYR TRIBBLE D., (1997), Les réseaux de soutien familiaux. Le regard des familles. Résumé de publication, 4e symposium québécois de recherche sur la famille. Université du Québec, Trois-Rivières

GIBSON C.H., (1991). A concept analysis of *empowerment*. Journal of Advanced Nursing, 16, 354-361.

HAWLEY et MC WHIRTER E., (1991). *Empowerment* in counseling. Journal of Counseling & Development, 69. 222-227

JUTRAS S., VEILLEUX F., Informal Care-giving. Correlates of Perceived Burden. La revue Canadienne du vieillissement. 91 10-1 p. 40-55.

KALYANPUR M., & RAO S.S., (1991). Empowering low-income black families of handicapped children. American Journal of Orthopsychiatry, 61 (4), 523-532.

KATZ R., (1984), *Empowerment* and Synergy : Expanding the community's healing resources. Prevention in Human Services. 3. P. 201-226.

KIEFFER C.H., (1984). Citizen *empowerment*: A developmental perspectives. In J. Rappaport, R. Hess, & C. Swift (EDS.), Studies in *empowerment*: Steps toward understanding and action. New York: The Hayworth Press.

LABONTÉ R., (1994). Health Promotion and *Empowerment*: Reflections on Professional Practice. Health Education Quarterly, 21, 253-268.

LE BOSSÉ Y., LAVALLÉE M., (1993). *Empowerment* et psychologie communautaire Aperçu historique et perspectives d'avenir. Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale. no 18. p 7-20.

LESSEMANN F., (1997). État-Providence ou familles-providence : De quelques enjeux des récentes réformes ministérielles. Résumé de publication, 4e symposium québécois de recherche sur la famille. Université du Québec, Trois-Rivières.

LÉVESQUE C., RAINS C., BLONDEAU H. (1997)., Familles autochtones d'hier et d'aujourd'hui. Résumé de publication, 4e symposium québécois de recherche sur la famille. Université du Québec, Trois-Rivières

LOWE G.S., (1989). Women, paid/unpaid work, and stress. New directions for research. Ottawa : Canadien Advisory Council on the status of women.

MARTIN C., ANCTIL H., (1992). Promotion de la santé vers l'adoption créatrice. Les Cahiers Santé Société, La Promotion de la santé, une perspective, une pratique

MC FARLANE J., KELLY E., RODRIGUEZ R., FEHIR J., (1994). De Madres à Madres: Women Building community coalitions for health. Health Care for Women International. 15 p. 465-476.

MCKNIGHT J.L., (1987), Regenerating Community, Social Politique 54-58.

MILLER M., (1985). Turning problems into Actionable Issues. Organize training Center. San Francisco, CA.

Ministère de la santé et des services sociaux., (1992). La politique de la santé et du bien-être. Québec: Gouvernement du Québec, Ministère de la santé et des services sociaux.

NGO BEBE D., DUMBI T., BUTEVO P., & BAKANSEKA I., (1995), Le paradoxe de la participation communautaire aux soins de santé primaire au Zaïre. Promotion & Education, vol 2\4, p. 29-33.

RAPPAPORT J., (1984). Studies in *Empowerment* : introduction to the Issues. Prevention in Human Services. 3. P.1-17.

RAPPAPORT J., (1987). Terms of *empowerment*/exemplars of prevention: toward a theory for community psychology. American Journal of Community Psychologie, 15, 121-148.

RISSEL C., (1994). *Empowerment*: the holy grail of health promotion ?. Health Promotion International. 9 (1), 39-47

ROCHON A., (1988). L'éducation pour la santé: un guide F.A.C.I.L.E., Montréal, Les Editions d'Agence d'Arc.

SHERWIN S., (1992). No Longer Patient: Feminist Ethics and health Care. Temple University Press. Philadelphia.

SINIGER M.A., (1995). Community participation in health care decision making: Is it feasible ? Canadian Medical Association Journal, 15, 153 (4). P. 421-424

Statistiques Canada., (1988). Statistiques sociales du logement et des familles. Enquêtes sociales générale : cycle deux : emploi du temps et mobilité sociale (non publié).

Statistiques Canada., (1990). Statistiques sociales du logement et des familles. Enquêtes sociales générale : cycle cinq : Familles et amis (non publié).

SYME S.L., (1986), Stratégies for health promotion. Preventive Medicine, 15, 492-507

TOCHON F.V., MIRON J.-M., ROUILLARD Y., PARTICIU S., PÉPIN M., (1997). Compte-rendu des travaux de laboratoire Langages, communication et interactions en éducation en matière de compétence parentale en milieux défavorisés et pluriethniques. Résumé de publication, 4e symposium québécois de recherche sur la famille. Université du Québec, Trois-Rivières

WALLERSTEIN N., (1992). Powerlessness, *empowerment* and health : implication for health promotion programs. American Journal of Health Promotion. 6 (3) p. 197-205.

WALLERSTEIN N., & BERNSTEIN E., (1988). *Empowerment* Education : Freire's Ideas Adapted to Health Education. Health Education Quarterly. Vol 15 (4), 379-394.

WALSH R.T., (1987). A social historical note on the formal emergence of community psychology. American Journal of Community Psychology. 15 (5) p 523-529.

WEISS J.R., Wallerstein N., MacLean T., (1995). Organizational development of a university-based. Interdisciplinary Health Promotion Project. American Journal of Health Promotion, vol.10 no.1. p. 37-46.

Zambrana R.E., (1996), The Rôle of Latino\Hispanic Communities in Health Services Research : Strategies for a Meaningful Partnership. Journal of Medical Systems. Vol 20, no 5. pp. 317-328.

ZIMMERMAN M.A., (1990). Taking aim on *empowerment* research: On the distinction between individual and psychological concepts. American Journal Psychology 18: 169-177.