

Journée SFSP-FNES
« Prévention en santé »
14 décembre 2010

**Empowerment et participation :
de la théorie à la pratique**

Christine Ferron
Fédération Nationale de
l'Education et la promotion de la Santé

PLAN

- I. Les racines de l'empowerment
- II. Quelques définitions
- III. Les différents niveaux d'empowerment
- IV. Les principales stratégies visant l'empowerment
 1. Le renforcement des capacités à s'organiser collectivement
 2. La participation
- V. Les preuves de l'efficacité de l'empowerment (au travers d'exemples)
- VI. Développer les stratégies d'empowerment : les recommandations de l'OMS

L'« **EMPOWERMENT** »

- **Concept intraduisible ?**

- Habilitation
- Capacitation
- Prise en charge
- Prise de contrôle
- Prise de conscience
- Responsabilisation
- Autonomisation (OMS)

- **Une notion centrale : celle de pouvoir**

- Non pas le pouvoir qui est donné (à une personne, à une communauté)

Mais la création des conditions pour qu'elles le prennent

Un pouvoir acquis et non conféré

- « L'empowerment ne peut pas être **conféré** aux personnes, mais est issu d'un processus par lequel les personnes **s'attribuent** du pouvoir.
- Les avocats de ce changement, ou les agents extérieurs qui le favorisent, peuvent jouer le rôle de **catalyseurs** des actions ou aider à créer des espaces pour que les personnes acquièrent les compétences nécessaires, mais la pérennisation du changement et l'empowerment ne peuvent se produire que lorsque les populations **se donnent un nouvel élan, développent leurs compétences et plaident leur propre cause** »

(Wallerstein, 2006)

I. Les racines de l'empowerment

- Les inégalités sociales et l'exclusion sociale
- Les inégalités de pouvoir et les inégalités d'accès aux ressources et aux services

Les racines de l'empowerment :

(1) les inégalités sociales

Inégalités de santé = « les différences systématiques, auxquelles il est possible de remédier, concernant un ou plusieurs aspects de la santé dans des groupes de population définis socialement, économiquement, démographiquement ou géographiquement »
(Société internationale pour l'équité en santé)

Les racines de l'empowerment :

(2) l'exclusion sociale

- vivre dans des conditions de privation et de vulnérabilité
- accès limité à l'éducation, à la santé et aux autres services publics
- manque d'influence politique, de libertés civiles et de droits
- isolement géographique
- exposition à des environnements nocifs
- racisme ou traumatisme historique
- absence de capital social et isolement social
- exposition aux guerres et aux conflits
- aliénation ou impuissance

Les racines de l'empowerment :

(3) les inégalités de pouvoir

Trois niveaux

Premier niveau =

« L'existence de **barrières formelles ou informelles** entre les individus ou les communautés d'une part, et les institutions ou les gouvernements d'autre part ».

Ces barrières empêchent les premiers de se sentir **aptés ou légitimes** à interpeller directement les seconds.

Les racines de l'empowerment :

(3) les inégalités de pouvoir

Trois niveaux

Deuxième niveau =

« Un **contrôle inégalitaire des ressources** (matérielles, humaines, financières) ».

Le pouvoir sur les individus ou les communautés s'exerce « au travers d'un **contrôle direct ou indirect** de leur accès à l'éducation, à l'emploi et à de bonnes conditions de vie, ou au moyen de **systemes politico-économiques** favorisant les intérêts de certaines catégories de personnes ».

Les racines de l'empowerment :

(3) les inégalités de pouvoir

Trois niveaux

Troisième niveau =

« Un **contrôle idéologique** (valeurs, attitudes, croyances) » qui « agit **en profondeur** pour exclure des individus et des communautés des réseaux d'influence sociale », et « aussi **de manière insidieuse**, en plongeant les personnes dans une passivité qui les conduit à restreindre d'elles-mêmes leur capacité d'agir ».

Ce contrôle idéologique s'inscrit dans « **un maillage de discours et de pratiques** existant dans les institutions, les communautés et les familles », et se concrétise par « des actions impactant très fortement les relations sociales ».

Conséquences des inégalités de pouvoir et de l'exclusion sociale

- Un **ressenti de « manque de pouvoir » ou d'impuissance** (*powerlessness*) qui combiné à des conditions de vie éprouvantes, est générateur d'un état de stress spécifique ayant des répercussions négatives sur la santé
- **Les cibles de l'empowerment =
Les populations en déficit de pouvoir**

Les différents champs à l'origine du concept

L'empowerment a été conceptualisé par

- La pédagogie de l'opprimé (Paolo Freire),
- La psychologie communautaire,
- L'organisation communautaire,
- Le développement rural et communautaire,
- Le travail social,

Et adopté par la promotion de la santé en tant que **concept favorisant une approche positive et globale de la santé.**

Un concept à valeur sociale

- L'empowerment représente **la capacité pour les personnes de prendre en main leur destin et de faire avancer leur cause**
 - De cette capacité naît un sentiment positif de contrôle sur sa vie qui éloigne le vécu d'impuissance
- C'est un sentiment qui **dépasse la satisfaction personnelle**
car il débouche sur la notion de **responsabilité et de justice sociale**

II. Quelques définitions

- « Un processus d'action sociale par lequel les personnes, les communautés et les organisations acquièrent la maîtrise de leurs vies en changeant leur environnement social et politique pour **accroître l'équité et améliorer la qualité de la vie** »
(Wallerstein, 1992)
- « L'accroissement de la capacité des individus ou des groupes à faire des choix et **à transformer ces choix en actions** ayant un impact sur la santé »
- « Le renforcement des ressources individuelles et collectives pour **améliorer l'efficacité et l'équité du contexte organisationnel et institutionnel qui pèse sur l'utilisation de ces ressources** »
(World Bank, 2005)

Quelques définitions (suite)

- L'empowerment est la capacité des individus à **acquérir du pouvoir socialement, politiquement, économiquement et psychologiquement**, à travers
 - (1) l'accès à l'information, à la connaissance et aux compétences
 - (2) la prise de décision
 - (3) l'efficacité personnelle, la participation communautaire et le contrôle perçu

(Zimmerman & Rappaport, 1988)

Un processus et un résultat

- Par exemple = l'empowerment des personnes marginalisées est **un objectif en soi**, et aussi **une partie d'un processus** qui conduit à la réduction des inégalités de santé et de l'exclusion sociale
- L'empowerment, c'est « le développement des ressources et compétences des pauvres, pour **leur donner les moyens d'intervenir dans les institutions** qui gouvernent leurs vies, de négocier avec ces institutions, de les influencer, de les contrôler et de les responsabiliser »
(Narayan, 2002)

III. Une construction à plusieurs niveaux

- **Empowerment psychologique / individuel**

Les personnes qui prennent conscience des rapports entre leur vécu, leur environnement, et les forces sociales en jeu, vont chercher à accroître leur capacité à exercer un contrôle sur leur existence.

- **Empowerment communautaire**

Capacité des individus qui s'entraident à changer leurs conditions de vie

- **Empowerment organisationnel**

Capacité d'une organisation à rassembler les efforts de chacun pour promouvoir le changement

= STRATÉGIE GLOBALE

Les composantes de ces différents niveaux d'empowerment

- **Empowerment individuel**

- Compétence, estime de soi, confiance en soi, conscience critique, prise d'initiative, motivation à l'action sociale
- Processus proactif centré sur les forces, les droits et les habiletés des individus, plutôt que sur leurs déficits ou leurs besoins

(Gibson, 1991; Anderson, 1996)

Empowerment communautaire

Qu'est-ce qu'une communauté ? (*Bury, 1988*)

- ❖ Au-delà des **aspects géographiques** liés au lieu de résidence, une communauté se définit à partir de **l'identification et de l'attachement des personnes à un réseau social.**
- ❖ Ces personnes présentent un **sens de la communauté** dès lors
 - qu'elles ont identifié l'existence de problèmes partagés,
 - et qu'elles ont développé la conscience de pouvoir les résoudre plus efficacement ensemble.
- ❖ Le concept de communauté inclut la notion de **solidarité**, d'**attachement** des membres les uns aux autres, et de **culture, normes et valeurs partagées.**

Les composantes de l'empowerment communautaire

- **Des attitudes et des valeurs**

Qui fondent le « sens de la communauté » des individus

- **Des capacités**

Les connaissances et habiletés de la communauté ou de ses membres

- **Une structure organisationnelle**

Le développement des organisations locales

- **Un leadership**

L'opportunité pour les individus et les organisations d'exercer leur initiative au plan communautaire

(Lackey, Burke, Peterson, 1987)

Les étapes de l'empowerment communautaire

- La découverte des membres du milieu entre eux
- Le dialogue et l'établissement d'un sentiment d'appartenance au groupe
- La concertation
- Le diagnostic de la situation dans laquelle il se trouve
- La formulation des objectifs à atteindre
(Lackey, Burke, Peterson, 1987)

Les composantes de l'empowerment organisationnel

- Participation, formation, valorisation
- Transfert du pouvoir de l'équipe d'intervention vers une population
(Cornwall & Perlman, 1990)
- Liens de collaboration aux plans pratique, administratif et professionnel
(Hawley & Mc Writer, 1991)

Entre individuel et collectif

- **Interactions dynamiques entre**

- L'accroissement des ressources et du contrôle internes (transformation personnelle / empowerment psychologique)

et

- La capacité à surmonter les obstacles structurels externes qui s'opposent à l'accès aux ressources (transformation communautaire ou institutionnelle)

= STRATÉGIE DYNAMIQUE

Un fonctionnement complémentaire et simultané de ces différents niveaux

- « **Le rôle de l'organisation des populations marginalisées** dans le sens d'une amélioration de leur capacité à exercer des choix et à transformer leurs vies » est aussi important que « **le rôle de l'environnement** (le contexte institutionnel, politique, économique et gouvernemental) qui autorise les acteurs à mettre en œuvre des actions efficaces ou au contraire les en empêche»

(Wallerstein, 2006)

IV. Les stratégies d'empowerment

Objectifs visés

- **Faire disparaître les barrières formelles ou informelles**
- **Transformer les relations de pouvoir entre les personnes ou les communautés d'une part, et les gouvernements ou les institutions d'autre part**

de façon à donner aux individus le sentiment de pouvoir exercer un contrôle sur leur vie et leur santé, au lieu de se sentir sous l'influence de forces extérieures, hors de leur champ d'action

(Downie et Tannahill, 1996)

Les principales stratégies d'empowerment

- 1ère stratégie =
**Le renforcement des capacités à
s'organiser collectivement**
- 2ème stratégie =
La participation

Stratégie d'empowerment n°1

Le renforcement des capacités à s'organiser collectivement

- **Lutter contre l'injustice sociale** en dévoilant les mécanismes du contrôle, les barrières institutionnelles ou structurelles, les normes culturelles et le poids des facteurs sociaux
- **Donner aux gens des moyens** pour remettre en cause l'oppression qu'ils ont internalisée et pour développer de nouvelles représentations de la réalité

Un peu de philosophie...

« La décision de l'action de changement procède du changement de point de vue, d'une ouverture conceptuelle et imaginaire sur un autre possible, et cette décision d'action de changement se déclenche **le jour où l'on devient capable de concevoir un autre état de chose, et de décider alors qu'une situation est insupportable.** »

(Sartre, 1943)

Quatre niveaux d'implication des professionnels

1. La prestation de services les plus respectueux possible des personnes

⇒ Leur donner la parole et la prendre en compte

2. Le développement de petits groupes

- Créer des liens
 - Forger un sentiment d'appartenance
 - Initier une solidarité sans laquelle une action structurée ne peut se construire
- ⇒ Groupe de détenus, classe d'élèves, groupe de patients, groupe de salariés...

3. L'organisation communautaire

- Aider les personnes à s'organiser pour définir les priorités qui concernent la communauté toute entière
- ⇒ Travail sur un territoire

4. L'action politique et la création d'alliances

3. L'organisation communautaire : l'approche territoriale

- **Qu'est-ce que le territoire ?** (*David, 2006*)
 - « Le cadre familial d'existence de l'homme-habitant : il y vit et se l'approprie, il y effectue ses déplacements, il y exerce ses activités, il le met en valeur et l'organise .»
 - « Particulièrement propice à l'intégration et à la participation de tout un chacun, favorable à la mobilisation sociale et par conséquent au développement. »
 - « Une entité géographique et sociale qui donne du sens à l'action des hommes
 - ⇒ sa définition est beaucoup plus complexe qu'une simple maille administrative .»
- « Un enjeu majeur pour les différents acteurs de la promotion de la santé est donc de **pouvoir articuler au mieux les niveaux d'organisation administrative [région, département, commune,...] et les territoires de vie des populations** » (*Even, 2007*)

3. L'organisation communautaire : l'approche territoriale (suite) Exemple de l'alimentation et de l'activité physique (fiche FNES PNNS3, 2010)

- **Réaliser un état des lieux de la situation** sur le plan de l'alimentation et de l'activité physique de la population, en privilégiant des méthodes qualitatives : observations, entretiens...
Cet état des lieux concernera non seulement la population, mais aussi les intervenants sur le territoire (acteurs associatifs, professionnels libéraux, centres médicaux, épiceries sociales...), les institutions présentes (délégations territoriales de l'ARS, assurance maladie, écoles, centres de loisirs, lieux de culte...), les commerçants, les élus...
- Au travers de cet état des lieux, **identifier les personnes-clés du territoire** qui seront directement partie prenante de l'action, et donc impliquées à chacune des étapes suivantes.

3. L'organisation communautaire : l'approche territoriale (suite) Exemple de l'alimentation et de l'activité physique (fiche FNES PNNS3, 2010)

- **Etablir des priorités d'action sur tous les axes de la promotion de la santé**
 - **Actions en direction des acteurs politiques, des élus et des pouvoirs publics** (lobbying, advocacy...),
 - **Actions sur les environnements physiques** (offre de bons produits abordables financièrement, accès aux loisirs...) **et sociaux** (formation des intervenants sur le territoire, prise en compte de ces problématiques par les institutions...),
 - **Actions d'éducation pour la santé visant l'empowerment des populations** par le développement des aptitudes à s'exprimer dans l'espace public, l'amélioration de l'image de soi, de l'estime de soi et de la confiance en soi, le renforcement des liens sociaux et du sens de la communauté ou de la solidarité collective.
 - **Etablissement de partenariats** entre les structures de soin et les structures d'éducation pour la santé.

3. L'organisation communautaire :
l'approche territoriale (suite)
Exemple de l'alimentation et de l'activité physique
(fiche FNES PNNS3, 2010)

- **Fixer des objectifs partagés** en matière d'alimentation et d'activité physique.
 - **Mettre en œuvre et évaluer les actions** en cohérence avec ces objectifs.
- ⇒ L'approche communautaire nécessite
- **Du temps**
 - **Des compétences**
 - **Des moyens**

4. L'action politique et la création d'alliances

- Enjeux = lutte pour les droits sociaux, abrogation de lois injustes, etc
- Dépasse la communauté locale
- Suppose le regroupement de communautés d'intérêt
- **Rôles des professionnels**
 - Fournir des informations sur le fonctionnement des institutions, les déterminants de la santé, etc.
 - Se faire entendre sur la scène politique, en tant que membres d'une organisation professionnelle qui estime de son devoir la dénonciation des méfaits de telle ou telle décision politique sur la santé des populations

(P. Augoyard, L. Renaud, 1998)

Les écueils pour les professionnels

- **Connotation fortement sociale du concept**
- **Quel degré d'implication des professionnels ?**
 - Jusqu'où aller dans l'engagement social ?
 - Doit-on vraiment « organiser » les gens ou plutôt les « conscientiser » ?
 - Quel est le risque de manipulation ?
 - Est-ce qu'on n'impose pas sa façon de voir ?

Les risques quand l'Etat est porteur du concept

- Que l'Etat **impose** la façon dont les communautés doivent s'organiser
- Que l'Etat mette l'accent sur les projets sociaux au détriment des **grandes réformes socio-économiques** susceptibles d'avoir réellement un impact
- Que l'Etat utilise ces projets sociaux comme des **outils de contrôle social** des populations « à risque »
- Que l'Etat remette aux communautés la charge des problèmes, et prenne prétexte de l'empowerment pour **supprimer des services publics**

Les difficultés pour les communautés elles-mêmes

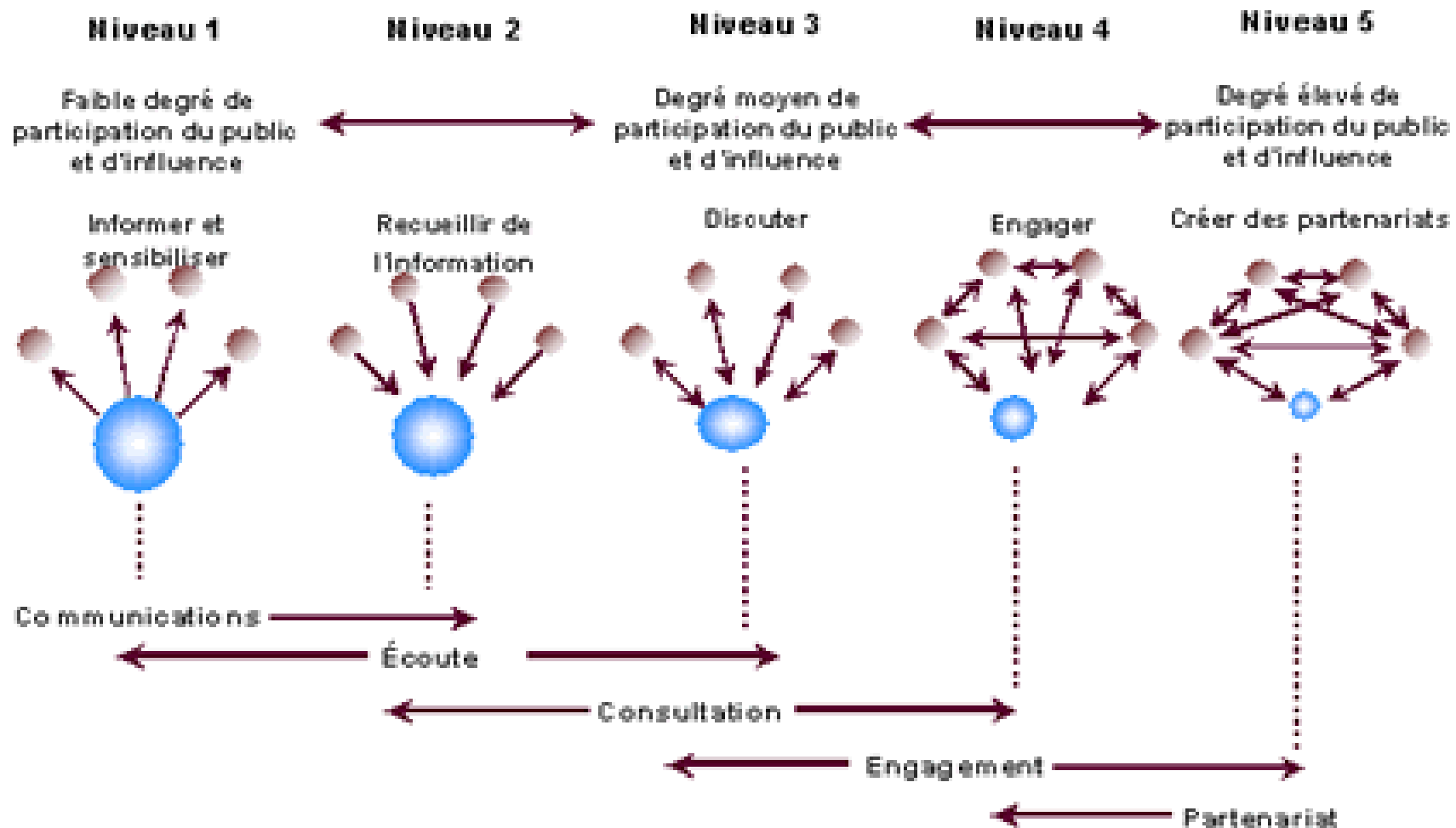
- La **victimisation communautaire** (« community blaming ») : les communautés sont dépassées par les difficultés, impuissantes et stigmatisées comme telles
- La difficulté à **faire converger les intérêts internes** (les plus actifs n'étant pas forcément les plus nécessaires)
- Une **volonté fluctuante** de s'attacher aux problèmes de santé, quand d'autres problèmes paraissent prioritaires
- « Rien ne garantit qu'une personne, une organisation ou même une communauté « empowered » (en pleine possession de son pouvoir d'agir) agira **d'une façon qui contribuera au développement de son milieu ou de ses membres** »

(Cultures et santé asbl, 2009)

Stratégie d'empowerment n°2 - La participation

Une définition qui passe par la classification

(Santé Canada, 2005)



Liens entre participation et empowerment
(Nikkhah & Redzuan - 2009)

Approches	Participation	Empowerment
Descendante	Moyen	Faible
Partenariale	Partage du travail	Modéré
Ascendante	Fin en soi	Elevé

La participation

Fondements éthiques et anthropologiques

- L'une des **valeurs fondamentales de la démocratie** est que chaque personne doit avoir la possibilité de contribuer au discours public
- Les représentants de la population sont en quelque sorte des « **experts terrain** »
- **Plus libres dans leurs opinions** que le professionnel qui appartient à une institution
- L'éveil éventuel à de **nouvelles motivations**
(*Massé, 2005*)

Du devoir de participer au droit de participer

- L'important serait peut-être de toujours « laisser une place pour l'absent ou pour celui qui désirerait prendre place à la table des débats en promotion de la santé ». Il serait en effet « plus judicieux, plus responsable et plus démocratique de considérer la participation dans ce domaine comme **toujours possible, toujours ouverte, mais non obligatoire, à prendre à bras le corps par sa propre initiative.** »

(Crunelle, 2004)

« La participation est **imposée aux populations démunies** en échange de droits auxquels les « munis » ont accès sans effort » *(Sachs, 2006)* - les assistés ne seraient-ils pas ceux que l'on croit ?

Les paradoxes de la participation

- Le respect de la multiplicité des points de vue qui seront exprimés par une population pluraliste par nature
et la prise de décision
- L'inscription dans des cadres prédéfinis
et le respect des orientations choisies par la population
- La dimension conviviale de la participation
et la rigueur méthodologique
- La participation comme facteur de succès de l'intervention
et de... contrôle social

Les fondements méthodologiques de la participation

- Des **critères de qualité des actions**
(Preffi 2.0, Catégorisation des résultats...)
- Une **contribution à des enjeux**
 - De pertinence
 - D'efficience
 - De légitimité et de crédibilité
 - D'efficacité
 - De réduction des inégalités sociales de santé

V. Des données probantes de plus en plus nombreuses montrant l'efficacité des stratégies d'empowerment (*Wallerstein, 2006*)

- « Avec une grande constance, la littérature montre que ces stratégies produisent des résultats aux niveaux psychologique, organisationnel et communautaire, et dans toutes les populations, même si les résultats peuvent présenter des spécificités en fonction de la nature des problèmes et des contextes sociaux ».
- Les évaluations scientifiques « font la démonstration que l'empowerment est **effectivement une stratégie de santé publique pertinente** ».

Un constat fréquent = l'extension des bénéfices de l'empowerment à d'autres questions de santé que la première visée

Quelques exemples

- Actions d'empowerment communautaire centrées sur l'accès à l'eau potable ⇒ **changements de mode de vie, vaccination des enfants,...** [Indonésie, Togo, Kerala...]
(Rapport OMS 2006)
- Impact de l'empowerment des jeunes sur **leurs attitudes et comportements vis-à-vis du tabac**
(Health Education and Behavior, 2004)

Effets de l'empowerment des femmes

- **Amélioration globale de la santé des enfants**
 - Élévation des taux de couverture vaccinale et baisse de la mortalité infantile
- Amélioration du **contrôle des naissances**
- Accroissement des **demandes de prise en charge** sur le plan de la santé
- Amélioration de la **qualité de l'alimentation** et réduction de la malnutrition grave

Effets de l'empowerment des femmes (suite)

- **Amélioration globale de la qualité de vie**
 - Capacité à s'organiser et à défendre leur cause
 - Amélioration des services
 - Transformation des conditions économiques et politiques
 - Augmentation de la proportion de filles scolarisées
 - Accroissement de la production agricole
 - Accroissement de l'épargne des familles

Le triple impact des stratégies d'empowerment des patients

- **Direct** ⇒ amélioration de l'efficacité des prises de décision individuelles et de la gestion des complications de la maladie, et adoption de comportements plus favorables à la santé
- **Indirect** ⇒ prise de pouvoir dans le cadre des soins, satisfaction accrue vis-à-vis des relations soignants-soignés, meilleur accès aux soins, utilisation plus efficace des services de santé, niveau d'éducation personnelle plus élevé, meilleur état de santé mentale

Le triple impact des stratégies d'empowerment des patients (suite)

- **Au niveau des politiques et des pratiques**
 - ⇒ amélioration de l'accessibilité des services de loisirs
 - ⇒ création de nouveaux espaces de répit
 - ⇒ émergence de mouvements contre la stigmatisation des personnes atteintes
 - ⇒ développement de politiques de droits des usagers

**Les effets de l'empowerment
dans un quartier très défavorisé
Le programme « Forest Quartiers Santé »**

- Site = commune de Forest (région de Bruxelles)
- 50 000 habitants
- Forte mortalité prématurée
- Forte précarité économique et sociale
- Naissance du projet ⇨ rencontre entre travailleurs de maisons médicales et de travailleurs sociaux

- Décision =
Agir ensemble sur les déterminants de la santé

Déroulement du programme

- **Diagnostic communautaire** auprès de la population et des partenaires de terrain
- **Analyse des résultats** du diagnostic
- **Organisation d'un forum** pour diffuser ces résultats aux habitants, aux professionnels et aux élus
- **Définition de priorités d'action partagées**
 - Logement
 - Alimentation
 - Accidents chez les enfants et les jeunes
 - Vie affective et sexuelle
 - Maux psychologiques et somatiques

Objectifs du projet local de santé communautaire

- **Créer une dynamique** entre professionnels de terrain, habitants et élus
- **Rencontrer les habitants**, les informer et les sensibiliser
- **Identifier les besoins et les ressources**
- **Soutenir les projets d'habitants** qui leur permettent d'être acteurs de leur santé

Dispositifs mis en place

- **Réunions de groupes d'habitants**
 - Suivi des déterminants de santé
 - Échanges sur des thèmes de santé
- **Ateliers de santé communautaire**
 - Espaces d'apprentissage, de rencontre, de définition de projets et de mobilisations d'énergie (ateliers cuisine, activité « marche », formation à la pratique du vélo, mise à disposition salle omnisports, séances de kiné...)

Dispositifs mis en place (suite)

- **Réseaux d'habitants-relais**
 - Communications sur la santé, le social, les droits... et actions sur le quartier
- **Boutique sociale**
 - Information sur les aspects de la vie quotidienne ayant un impact sur la santé (emploi, surendettement, logement, garde d'enfants, etc)
 - Expositions itinérantes

Dispositifs mis en place (suite)

- **« Arrière-boutique » sociale**
 - Lieu de débat entre les professionnels pour soutenir leur travail en réseau
 - Partager une même vision
 - Éviter toute concurrence
 - Optimiser les services offerts au public
 - Confronter les points de vue
- **Mise en place**
 - D'un observatoire de la santé et du logement
 - D'une commission communale santé

Bilan

- **Une évaluation positive**
 - Des outils pertinents
 - Une dynamique positive en faveur de la santé
 - Des résultats concrets
- **Des inégalités de santé qui persistent** vis-à-vis des personnes en situation de grande précarité
- **« Un constat teinté de réalisme et d'espoir... »**
(Vankelegom, 2006)

VI. Recommandations OMS / n°1

1. **La nécessité absolue d'inscrire les démarches participatives dans des stratégies globales de promotion de la santé** « contribuant à mettre en cause l'indifférence ou l'oppression des institutions, et à rétablir l'équilibre des pouvoirs ».

Tout projet, même centré sur une population ou communauté spécifique, devrait comporter **une dimension sociale et politique.**

Recommandations OMS / n°2

2. Compte tenu de l'intérêt des stratégies d'empowerment pour la santé publique, il est urgent de développer la formation « des professionnels de la santé et du développement, des prestataires de services de soin ou de prévention, des décideurs politiques et des leaders communautaires, aux stratégies d'empowerment communautaire ».

Recommandations OMS / n°3

3. La littérature scientifique internationale est abondante sur la question de l'empowerment, néanmoins, il existe un déficit de recherches qui ne soient pas basées sur des protocoles quasi-expérimentaux ; ces derniers sont applicables uniquement « pour des interventions restreintes avec des populations spécifiques, mais les initiatives larges visant l'empowerment requièrent **un ensemble de méthodes examinant les programmes au sein de leur contexte sociopolitique** ».

Recommandations OMS / n°3

- **En pratique** : la mise en œuvre de ce type de méthodes suppose la mise en place de **collaborations étroites entre chercheurs et acteurs de terrain**, de la conception du protocole de recherche, à son application et à l'interprétation des résultats. Ces collaborations devraient être clairement favorisées et soutenues dans le cadre des **appels d'offres de recherche**.

Conclusion

« **S'engager dans la promotion de la santé...**

...c'est croire qu'il y a des souffrances et des morts évitables et organiser son action dans deux directions :

***une démarche politique** visant à créer les conditions d'un vivre ensemble plus juste

***une démarche d'accompagnement** des sujets singuliers, comme aide à l'élaboration d'un vivre au monde possible ».

(Philippe Lecorps)

Conclusion (suite et fin)

« L'Etat trahit sa mission s'il s'en prend uniquement aux comportements individuels. Il est pleinement dans son rôle en revanche lorsqu'il **construit les conditions du possible pour que la santé des sujets puisse se déployer**. Se retrancher derrière la responsabilité du sujet revient, de la part de l'Etat, à abandonner sa propre responsabilité, qui est **exclusivement et par essence de nature politique** »

(P. Lecorps)

